



**Universidad Michoacana de San Nicolás
de Hidalgo**



Facultad de Enfermería

Tema:

**Experiencia de la práctica de la lactancia materna en mujeres
rurales de Janitzio y en mujeres urbanas de Morelia**

Tesis

Que para obtener el grado de Licenciado (a) en Enfermería

Presenta:

Guadalupe Luviano Celaya

Asesora de tesis: Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

**Coasesoras: Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Dra. Ma. Lilia A. Alcantar Zavala**

Morelia, Michoacán.

Marzo 2018

MESA DE SINODAL

La mesa sinodal está conformada de la siguiente manera:

Presidente:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

FIRMA

1er. Vocal:

LEO. Hortencia Garduño García

FIRMA

2º. Vocal:

M.C. Alejandro Kanek Ballesteros Coria

FIRMA

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A Dios por guiarme en un camino en el cual jamás pensé llegar, por guiarme y mostrarme la belleza y peculiaridad de la enfermería, de cómo ser una enfermera de excelencia y calidad, por darme la fortaleza para levantarme día con día y lograr este objetivo en mi vida profesional.

A mis padres María Guadalupe Celaya Villicaña y Artemio Luviano Villalon por su apoyo, no solo económico, si no emocional y motivacional, por el esfuerzo que hicieron a mi lado desde el principio, no solo de la carrera, si no desde el inicio de mi preparación escolar. Por confiar en mí, en mis capacidades y sobre todo por enseñarme a realizar las cosas con humildad, honestidad, responsabilidad y optimismo y por enseñarme a ser una enfermera de calidad con valores y principios.

A mis hermanos José Artemio, Víctor Hugo, Jonathan Salvador y Luis Ángel por ser un apoyo más, por ser parte de esta fortaleza y por estar ahí siempre que los necesito.

A mi asesora de tesis la Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar por creer en mí, en este proyecto desde un principio, por su conocimiento y apoyo brindado día con día desde el principio durante un año completo de trabajo. Por su paciencia, motivación constante y por enseñarme una metodología nueva de trabajo.

A mis coasesoras la Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recendiz y la Dra. Ma. Lilia A. Alcantar Zavala por su tiempo invertido en revisiones y aprobación de este proyecto.

A mi madrina la LE. María Guadalupe Juárez Villa por aparecer en mi camino justamente al inicio de este camino profesional, por su apoyo continuo en mi formación, por brindarme sus conocimientos, por abrirme camino en esta vida profesional y por creer en mí.

A la LE. Berenice Carina López Sánchez por ser más que una colega, por convertirse en mi mejor amiga, confidente, consejera y compañera en este camino que iniciamos juntas, por ese apoyo mutuo que nos tuvimos a lo largo

de nuestra formación profesional, por ser un ejemplo de responsabilidad y compromiso y sobre todo de humildad en el trabajo diario.

Y finalmente y no menos importante a esa persona (anónimo) que apareció justamente al inicio de este proyecto, que me enseñó a ser líder y no seguidora, a hacer las cosas de la mejor manera o mejor no realizarlas, a mostrarme diferente a lo que la sociedad quiera y ser fiel a mis pensamientos e ideales, a valorarme a mí y a mi familia antes que todo, que me enseñó que la educación inicia desde el hogar y se ve reflejada en el actuar social y que una educación profesional no significa nada si no lo haces con el respeto a uno mismo antes que todo.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	6
1.1 DELIMITACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA TEMATICA O SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DEL FENÓMENO DE ESTUDIO	6
1.2 OBJETO DE ESTUDIO	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	11
1.4 PREGUNTA NORTEADORA.....	15
CAPITULO II	16
2.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL O TEÓRICO-EMPÍRICO	16
2.1.1 TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES DE MADELEINE LEININGER.....	17
2.1.1.1 Objetivo de la teoría de los cuidados.....	17
2.1.1.2 Metaparadigmas	18
2.1.1.3 Conceptos principales	19
2.1.1.4 Supuestos principales de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidado	21
2.1.1.5 Modelo “Sunrise” o Sol Naciente	22
2.1.2 LA LACTANCIA MATERNA.....	27
2.1.2.1 Definiciones de lactancia materna.....	27
2.1.2.2 Anatomía de la mama.....	28
2.1.2.3 Glándula mamaria	29
2.1.2.3.1 Estructura de la glándulamamaria.....	30
2.1.2.3.2 Fisiología de la glándula mamaria y de la lactancia	31
2.1.2.3.2.1 Mamogénesis.....	31
2.1.2.3.2.2 Galactogénesis	35
2.1.2.3.2.3 Galactopoyesis.....	36
2.1.2.4 Beneficios de la lactancia materna	39
2.1.2.4.1 Beneficios de la lactancia materna para el niño y niña.....	39
2.1.2.4.2 Beneficios de la lactancia materna para la madre.....	41
2.1.2.4.3 Beneficios psicológicos	41
2.1.2.4.4 Beneficios para la sociedad.....	41
2.1.2.4.5 Beneficio medioambiental	41
2.1.2.5 Técnicas de lactancia materna	42

2.1.2.6 Diez pasos para una lactancia materna eficaz	46
2.1.2.7 Lactancia materna como generadora de vínculo afectivo entre madre e hijo.....	46
2.1.2.8 Factores de abandono de la lactancia materna.....	48
2.1.2.9 Lactancia materna en México.....	52
2.1.2.10 La lactancia materna y su significado en la mujer de área rural.....	54
2.1.2.11 La lactancia materna y su significado en la mujer de área urbana	57
CAPITULO III	60
3.1 MARCO METODOLÓGICO	60
3.1.1 Tipo de estudio	60
3.1.2 Escenario de estudio	61
3.1.3 Sujeto de estudio	61
3.1.4 Definición de la muestra	62
3.1.5 Cualidades del estudio (Variables).....	62
3.1.5 Tiempo de estudio.....	63
3.1.6 Recursos Humanos	63
3.1.7 Recursos Materiales	63
3.1.8 Recursos Financieros	63
3.1.9 Recolección de datos.....	63
3.1.10 Organización de los datos	64
3.1.11 Procedimiento	65
3.1.12 Análisis de Datos	67
3.1.13 Rigor científico	67
3.1.14 Análisis estadístico.....	68
3.1.15 Consideraciones éticas y legales.....	68
IV. RESULTADOS	76
4.1 Codificación de las participantes.....	77
4.2 Categorías emergidas de análisis cualitativo propuestas para analizar las experiencias de las mujeres rurales de Janitzio y mujeres Urbanas de Morelia	78
4.3 Definición de categorías de análisis de datos propuestos para analizar de acuerdo a las experiencias obtenidas de las entrevistas de las mujeres rurales de Janitzio y mujeres urbanas de Morelia	79

4.4 Resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres rurales de Janitzio y a las mujeres urbanas de Morelia	83
4.3 Datos emergidos a partir de las entrevistas	84
4.3.1 Datos emergidos de la experiencia del embarazo en las mujeres rurales de Janitzio.....	84
4.3.2 Datos emergidos de la experiencia del embarazo en las mujeres Urbanas de Morelia	85
4.3.3 Datos emergidos de la experiencia de la práctica de la lactancia materna en las mujeres rurales de Janitzio	87
4.3.4 Datos emergidos de la experiencia de la práctica de la lactancia materna en las mujeres urbanas de Morelia.....	89
V. DISCUSIÓN	94
VI. CONCLUSION.....	104
VII. RECOMENDACIONES.....	106
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	107
IX. ANEXOS Y APENDICES	113
9.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	113
9.2 GUIA DE PREGUNTAS.....	115
9.3 ENTREVISTAS COMPLETAS.....	116

RESUMEN

Título: Experiencia de la práctica de la lactancia materna en mujeres rurales de Janitzio y en mujeres urbanas de Morelia

Autor: Guadalupe Luviano Celaya

Introducción: La lactancia materna exclusiva es definida por la OMS como la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. Distintos factores han argumentado la declinación de la lactancia materna, el descenso ha sido generalizado y se diferencian grandes desigualdades entre los distintos grupos sociales y áreas geográficas.

Metodología: El estudio es de tipo fenomenológico; el escenario de estudio es en Janitzio y Morelia; el sujeto de estudio: la mujer rural de Janitzio y la mujer urbana de Morelia; la muestra fue hasta que se complete la saturación de datos; las variables del estudio son: lactancia materna, mujeres rurales y mujeres urbanas; tiempo de estudio: se realizó en el periodo de septiembre del 2016 a mayo del 2017; la técnica a utilizar para la recolección de datos fue la entrevista a profundidad; la organización de datos se realizó por contenido y el análisis de datos se realizó a través del análisis del contenido cualitativo por medio de la transcripción de las entrevistas escuchando las grabaciones.

Resultados: “MR1: nomás la satisfacción de haberles dado; pus emoción, no sé, felicidad de poderles dar porque hay muchos que no pueden darles”; MU2: la verdad que fue una experiencia que no me gustó mucho, en la primera me lastimaba mucho y me dolía, en el segundo igual y ya de las ultimas debido a como me dolió con los pasados ya no les di”

Discusiones: La experiencia que vivió la mujer del área rural es mas allá de solo alimentar al hijo y ya, ya que ellas tuvieron una experiencia buena o satisfactoria. En cambio, la mujer del área urbana de Morelia solo una mujer tuvo una experiencia buena manifestando emoción; de acuerdo al estudio Experiencias sobre la lactancia materna en una población de madres en Bogotá, Colombia se identificó simplemente la mujer debido a experiencias anteriores decide no lactar o simplemente desde un principio lo decide

marcando ninguna diferencia el darle o no al igual de aquellos aspectos negativos son pauta para continuar o no con la lactancia materna.

Conclusiones: la lactancia materna no es únicamente una acción que se deba de ver como algo en cifras, algo cuantitativo de cuántas mujeres embarazadas brindan o no lactancia materna. Claro que es importante saber la duración y el hecho de que se brinde lactancia materna, pero esta acción se debe analizar de manera más profunda, analizando los motivos por los cuales las mujeres están dejando de lactar o qué experiencias les está dejando la lactancia materna para que no prolonguen su duración o para que en los siguientes embarazos decidan simplemente no brindarla y así poder crear alternativas factibles.

Palabras Clave: Cualitativa, Experiencia, Lactancia Materna, Mujeres Urbanas, Mujeres Rurales.

ABSTRACT

Title: Experience of the practice of breastfeeding in rural women of Janitzio and urban women of Morelia.

Author: Guadalupe Luviano Celaya

Introduction: Exclusive breastfeeding is defined by WHO as feeding the infant with Mother's or other woman's breast milk without any solid or liquid supplements, including water. Different factors have argued the decline of breastfeeding, the descent has been widespread and great inequalities between the different social groups and geographical areas are differentiated.

Methodology: The study is of phenomenological type; The study scenario is in Janitzio and Morelia; the subject of study: The rural Woman of Janitzio and the urban Woman of Morelia; The sample was until the data saturation is complete; The study variables are : Breastfeeding, rural women and urban women; Study time: It was carried out in the period of September from 2016 to May of the 2017; The technique to be used for data collection was the in-depth interview; Data organization was carried out by content and data analysis was carried out through the analysis of qualitative content by means of transcription of the interviews listening to the recordings.

Results: "MR1: Just the satisfaction of having given them;" "Emotion, I do not know, happiness of being able to give because there are many who cannot give them"; MU2: The truth was an experience that I did not like very much, in the first I hurt a lot and it hurt, in the second equal and the last because of how it hurt me with the past and I did not give "

Discussions: The experience experienced by women in rural areas is beyond just feeding the child and already, as they had a good or satisfactory experience. Instead, the woman in the urban area of Morelia only a woman had a good experience manifesting emotion; According to the study of breastfeeding experiences in a mother population in Bogotá, Colombia simply identified the

woman because of previous experiences decides not to breastfeed or simply from the outset decides to make no difference the To give or not to the same of those negative aspects are guideline to continue or not with the breastfeeding. Conclusions: Breastfeeding is not only an action that should be seen as something in figures, something quantitative about how many pregnant women provide breastfeeding or not. Of course it is important to know the duration and the fact that breastfeeding is given, but this action should be analyzed more deeply, analyzing the reasons why women are leaving breastfeeding or what experiences are leaving them nursing So that they do not prolong their duration or so that in the following pregnancies they decide to simply not provide it so that they can create feasible alternatives.

Key words: qualitative, experience, breastfeeding, urban women, rural wome

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre (Asociación Española de Pediatría AEPE, 2004). Sin embargo, en torno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: centenares de miles de niños pasan de ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo expoliado (miles de muertos por infecciones y desnutrición) y muy graves y posiblemente no del todo conocidas en las sociedades enriquecidas de la tierra (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalizaciones) (AEPE, 2004). No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir dichas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva (Álvarez, 2013).

La teórica Madeleine Leininger con su "Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales" afirma que la cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas. La cultura describe como valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular son aprendidas, compartidas y transmitidas (González, 2006). Por lo anterior se puede decir que lactancia materna es un componente cultural ya que es transmitido y la técnica o arte femenino de amamantar es un legado sabiamente de madres a hijas y que forma parte de un acervo cultural de la humanidad, pues bien es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madre e hijo (AEPE, 2004).

Este vínculo en donde el amamantamiento es un espacio en el cual la nutrición y el afecto se fusionan, pues bien, Mónica Tesone, terapeuta sexual y psicóloga de la Universidad de Buenos Aires ha trabajado con mucha dedicación en

el tema de lactancia materna afirma que el primer vínculo entre madre e hijo lo podemos entender como un prototipo de las futuras relaciones que va a tener él bebe y que van a dejar una huella y que se va a proyectar en su responsabilidad con singular fuerza. Cuando el bebé nace, además de elemento nutritivo, la lactancia le va a proveer de contacto, calor, compañía, interacción, que puede ser verbal, táctil, piel a piel, gustativa, olfativa. La madre es contención, consuelo, es protección, cada hijo mantiene con su madre una relación diferente y obtiene de ella respuestas diferentes en función de cómo se comporte él. No es solo algo de ida, si no de ida y vuelta constante. La lactancia materna facilita y potencia esta reciprocidad (Braschi ,2011).

Aunque actualmente existe un rango de prácticas de alimentación entre las diferentes comunidades, con varios efectos sobre la salud de los infantes, las etnografías en diferentes partes del mundo han mostrado que las razones para elegir un tipo y cantidad de alimentación incluye las concepciones culturales sobre que se considera un bebé saludable y sobre el tipo de alimentación que este debe recibir. Además, las creencias culturales y las tendencias de la sociedad, así como los factores económicos determinan la forma en que una madre alimenta a su infante; es un hecho conocido que las mujeres rurales amamantan en promedio de 2 a 6 meses más a sus hijos que las mujeres de ambientes urbanos pues bien los pueblos indígenas han fomentado y valorado la lactancia materna pues para estos es una estrategia nutricional de incalculable beneficio (Oyarce, Robotta y Pedrero,2010).

Sin embargo, siendo las mujeres las “naturalmente” responsables del proceso de amamantamiento, pues el papel de la mujer ha cambiado con el paso de los años, teniendo un desempeño laboral más activo en la sociedad y dejando atrás el rol exclusivo de crianza de los hijos. Esta transición afecta la práctica de lactancia materna en cuanto a la disponibilidad no exclusiva de la madre a sus hijos, aunque se han diseñado diversas estrategias para contrarrestar esta problemática entre las que se encuentran las licencias de maternidad, adjudicación de tiempo y espacio en sitios de trabajo para la lactancia, estrategias para la extracción y conservación de leche materna entre otras (Daza,2014). Dándole así la vuelta al contexto que tienen las mujeres del área rural a las mujeres del área urbana en términos de lactancia materna.

Por lo tanto y debido a los contextos que se tiene sobre la lactancia materna en los dos lados planteados tanto con las mujeres rurales y las mujeres del área urbana es importante realizar estudios cualitativos ya que da mayor importancia a la profundidad de resultados, trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y estructura dinámica (AEPE, 2009).

La investigación cualitativa ofrece por medio de diferentes metodologías (discursos, dibujos, palabras, imágenes) identificar realidades que rodean determinado fenómeno. La esencia de la investigación cualitativa es estudiar al individuo como poseedor de una verdad y que, a través de éste, como actor en una sociedad, se logre conocer realidades que se viven en el mundo cotidiano. En la investigación cualitativa, la persona no es vista como un individuo aislado, sino como un participante activo en la sociedad y por lo tanto es reflejo de esta. Este tipo de investigación es de gran aporte para entender tal vez a mayor profundidad el porqué y el cómo del actuar humano. Los fenómenos que rodean a los individuos y sociedades son muy complejos y no pueden estudiarse desde un solo punto de vista o en un momento determinado. Éstos son sujetos de constante cambio y transformación. El actuar humano no es predecible ni exacto, por lo que intentar comprender más detalladamente al individuo y por consiguiente a la sociedad donde habita, aporta conocimiento sociológico y científico. El alcance de la investigación cualitativa se resalta en su capacidad de acercarse a fenómenos abstractos, como sentimientos, experiencias, emociones, logrando encontrar en las personas respuestas que no son cuantificables, pero que expresan una realidad (Daza, 2014). Es por eso que la investigación cualitativa en tema de lactancia materna tiene una gran importancia ya que permite identificar estrategias factibles, aceptables y eficaces para mejorar los comportamientos de la misma en cada cultura y ser realistas en que cada cultura tiene su propio conocimiento y modo de acción y que investigando se apoya y se unifica en un solo conocimiento y se crean sistemas de apoyo global en la población en relación con este fenómeno tan natural y ancestral y así tratar de evitar su abandono temprano. Al ver la lactancia materna como un fenómeno social, se debe reconocer que su entendimiento holístico se va a encontrar en las personas que la viven y la construyen.

Por otra parte esta investigación cuenta con el siguiente contenido; en el primer capítulo se realiza la delimitación y descripción de la temática del fenómeno

de estudio donde se revisa la definición de la lactancia materna basándonos en la definición que nos menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), además de la historia de la lactancia materna, la inducción de la leche en polvo, los suplementos alimenticios que trajeron consigo una generación de mujeres que no han amamantado a sus hijos interrumpiéndose la transmisión de conocimiento intergeneracional perdiéndose una cultura (Álvarez, 2013). El descenso de la práctica de la lactancia materna en poblaciones urbanas y la importancia de la misma en las poblaciones rurales, así como el impacto nutricional e inmunológico de la lactancia materna. La lactancia materna como derecho para los niños y niñas y el diseño y aplicación de las políticas públicas dirigidas a esta acción y a las diferentes poblaciones, las ventajas de la lactancia materna en el niño, en la madre, en la sociedad, y en la economía y el vínculo afectivo que se fomenta madre-hijo. El objeto de estudio de esta investigación que es la lactancia materna; la justificación de estudio donde nos muestran cifras de la práctica de la lactancia materna tanto a nivel mundial, nacional, estatal y regional por lo que nos indica la importancia de hacer esta investigación, donde por lo tanto se forma la siguiente pregunta norteadora: ¿Cuál es la experiencia de la práctica de la lactancia materna en mujeres rurales de Janitzio y en mujeres urbanas de Morelia?

En el capítulo dos es el marco teórico conceptual donde se conceptualiza la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, las definiciones principales de la lactancia materna, se describe la fisiología y anatomía de la mama y la glándula mamaria, fisiología de la lactancia materna y los diferentes tipos de leche, los beneficios de la lactancia materna y la técnica para brindar la lactancia materna, la importancia que tiene la lactancia materna para generar un vínculo afectivo madre-hijo, se habla de los factores de abandono de la lactancia materna y se retoma el tema de la lactancia materna en la situación actual en México y se observa las diferencias que existen al llevar a cabo la lactancia materna en mujeres de área rural y del área urbana, así como las experiencias que mencionan las mismas mujeres desde dos enfoques de acuerdo al área donde ellas se desarrollan.

En el tercer capítulo trata sobre la metodología que se aplicó en el estudio, tipo de estudio, escenario de estudio, sujeto de estudio, definición de la muestra, cualidades del estudio o variables, tiempo de estudio, recursos humanos, recursos

materiales y recursos financieros, el proceso de la recolección de datos, la organización de los datos, el análisis de los datos, el rigor científico, análisis estadístico, consideraciones éticas y legales y el cronograma de actividades.

En el cuarto capítulo se refiere a los resultados obtenidos en la recolección de los datos del área rural de Janitzio y del área urbana de Morelia.

En el quinto capítulo se realiza la discusión sobre los resultados obtenidos en comparación con otros estudios similares, mostrando diferencias o similitudes encontradas.

En el sexto capítulo se toma la conclusión a la que se llegó después de analizar los resultados obtenidos tanto con las mujeres del área rural, así como las mujeres del área urbana, aplicando la teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeline Leininger.

En el séptimo capítulo realizan las recomendaciones a las que llegó después de analizar las respuestas de todas las mujeres entrevistadas.

En el octavo capítulo se realiza las citas de las referencias bibliográficas utilizadas en la investigación.

Finalmente, en el noveno capítulo se realiza una recopilación de los anexos y apéndices donde se incluye el consentimiento informado, la guía de preguntas y las entrevistas completas.

CAPITULO I

ETAPA PRE REFLEXIVA

1.1 DELIMITACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA TEMÁTICA O SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva (LME) como la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua (Lactancia materna exclusiva, OMS, 2017).

La historia de la misma lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad y sus beneficios se han documentado por siglos; encontrando en la historia de la misma a las mujeres que amamantaban a los hijos de aquellas madres, que por lo general de una clase social más alta que no querían brindar lactancia materna a sus hijos por el desgaste que este producía, llamadas nodrizas. Existen referencias de Babilonia, en donde la lactancia se practicaba hasta que el niño (a) cumplía los tres años al igual que en la India y en Egipto, pues se consideraba un honor practicar la lactancia: las nodrizas eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios al punto de obtener altos rangos en la corte del rey; en cambio en Roma, a pesar de que se fomentaba la práctica de la lactancia, esta era asociada al envejecimiento prematuro, desgaste y dilatación de los pechos. Sin embargo, en el renacimiento, se dan dos acontecimientos, uno sucedido del otro, que traerán consigo el declive de las nodrizas y la inclinación hacia el hecho de que sea la madre quien se encargue de amamantar a sus propios hijos. El primero de ellos es el “descubrimiento de América”: la lactancia jugó un papel importante pues la desnutrición infantil no era un problema propio de nuestro continente, dado que el periodo de la lactancia materna era prolongado. El segundo acontecimiento, muy ligado fue la importación de enfermedades como la sífilis a América y la exportación de gonorrea a Europa. La presencia de estas enfermedades, y su contagio a niñas y niños, hace pensar de manera acertada, que dichas infecciones podían pasar al lactante por medio de la leche materna, lo que hace tomar más fuerza la idea de que la propia madre es quien debe amamantar a su hijo. Además, también empieza a

manejarse la concepción del vínculo entre madre e hijo, pues las nodrizas desarrollaban una relación muy estrecha con él bebe que amamantaban. Finalmente, otro cambio importante para la lactancia materna fue a partir de la segunda guerra mundial donde con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas cae en detrimento, hasta su total desaparición en la década de los años ochenta(Hernández,2008).

Fue entonces que en torno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo expoliado (miles de muertos por infecciones y desnutrición) y muy graves y posiblemente no del todo conocidas en las sociedades enriquecidas de la tierra (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalizaciones) (Álvarez,2013).

Aun queriendo y con más conocimientos, no es fácil enmendar el yerro producido: en efecto, más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimiento intergeneracional perdiéndose una cultura(Álvarez,2013).

Muchos factores se han argumentado para esta declinación de la lactancia, incluyendo la urbanización, el quiebre de las familias extensas y el aumento del empleo de la mujer fuera del hogar. En los países no industrializados, la enorme propaganda a favor de la alimentación artificial centrada en intereses económicos, ha sido ampliamente criticada por privar a los bebes de las ventajas nutricionales e inmunológicas de la lactancia materna, junto con el aumento de la malnutrición y el riesgo de enfermedades diarreicas; todo lo anterior ha llevado a que exista en la actualidad una tendencia a retornar a la lactancia natural (Oyarce y Robotta,2010).

Aunque el descenso ha sido generalizado y sostenido, se evidencian grandes desigualdades entre los distintos grupos sociales y áreas geográficas que no tiene una clara convergencia con indicadores socio-económicos convencionales (Oyarce y Robotta, 2010).

Entre las poblaciones más marginadas, donde las tasas de mortalidad materna e infantil están causadas principalmente por la falta de acceso a alimentos suficientes y nutritivos, altos índices de pobreza, alta prevalencia de enfermedades infecciosas y falta de acceso a servicios de salud, la lactancia materna es una medida elemental para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y desarrollarse. Así mismo, la atención de calidad a madres antes, durante y después del parto contribuirá a mejorar el contexto en que se practica la lactancia materna. Al incrementar la atención en torno a la maternidad y aumentar la lactancia materna óptima, se pueden bajar las tasas de niñas y niños que mueren antes de su quinto cumpleaños. Por tanto, la lactancia y la salud materna son estrategias prioritarias para proteger los derechos de mujeres, niñas y niños (Oyarce y Robotta, 2010). Sin embargo, la falta de información de las poblaciones indígenas constituye una limitación para el diseño y aplicación de políticas públicas dirigidas a este importante grupo poblacional, así como para evaluar los efectos de los diversos programas que se ejecutan en los países (Fundación Mexicana de Apoyo Infantil A. C. Save the Children, 2013).

Por otro lado, hay evidencia científica de disminución de la incidencia y gravedad de gran número de enfermedades agudas y crónicas de los niños amamantados, pero la mayoría de los estudios epidemiológicos que demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para los lactantes, las madres, las familias y la sociedad en general. Dichas ventajas se hacen referencia al estado de salud, crecimiento y desarrollo nutricional, inmunológico, psicológico, social, económico y ambiental (AEPE, 2013).

Entre las ventajas de la lactancia materna para el bebé es la obtención de una nutrición óptima pues la leche materna proporciona nutrientes de alta calidad que el bebé absorbe y utiliza con eficacia pues la misma leche es un fluido cambiante, que se adapta a las necesidades del bebé. De igual manera la leche materna es un líquido vivo, que protege al lactante contra las infecciones por su contenido en células, factores antiinflamatorios, factores específicos por lo que la OMS la recomienda a las madres dar el pecho dos años o más, y los primeros seis meses de vida de manera exclusiva. Pero la lactancia no brinda únicamente ventajas nutricionales y biológicas si no que de la misma manera beneficia los aspectos

psicosociales y emocionales del recién nacido y de la madre pues fomenta el vínculo madre- hijo, hija (Blázquez, 2000).

El estrecho contacto inmediatamente después del parto, fomenta el desarrollo de amor mutuo, los bebés lloran menos y las madres responden mejor a las necesidades de sus hijos, la leche materna favorece el desarrollo mental e intelectual. Y finalmente y no menos importante la lactancia materna ofrece ventajas a la madre como pérdida de peso y reducción de la hemorragia postparto y acelera la recuperación del útero debido a la liberación de oxitocina durante la lactancia, reduce entre otras el riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario y protege a la madre contra la osteoporosis y la fractura de cadera en edad avanzada de igual manera disminuye el riesgo de artritis reumatoide (Blázquez, 2000).

1.2 OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio es la mujer que amamanta.

La madre que ofrece la lactancia materna es una forma de brindar amor, protección y de cuidarse mutuamente entre madre e hijo, contribuye significativamente a la salud del lactante y de la madre además de sus beneficios ya conocidos. Una madre sana desarrollará más eficazmente el proceso de amamantar y ofrecerá mejores cuidados en los primeros meses de vida, es entonces donde enfermería interviene ya que comienza a brindar el cuidado y a enseñar el autocuidado en la madre relacionado con el proceso de amamantar desde el periodo de gestación en su control prenatal, continuando con la aplicación del proceso de atención de enfermería y así facilitar el amamantamiento desde la estadía hospitalaria hasta el hogar. Durante el control prenatal y el posparto, deben centrarse los cuidados en aquellos aspectos relacionados con el bienestar y salud de la madre y su hijo/a: alimentación que incluya todos los nutrientes adecuados para el bebé y las necesidades maternas, actividad física, recreación, reposo y sueño reparador. Cuidado de las mamas y autoexamen de mamas que familiarice a la madre con las características de los pechos lactantes, apoyo familiar, ambiente grato y tranquilo, seguridad personal y acompañamiento permanente por el personal de enfermería capacitado (Cerde, 2011).

Para la mujer efectivamente, a veces la lactancia materna, no resulta fácil. El parto de un primer hijo, el estrés, el cansancio y la vivencia de una nueva situación personal, no ayudan. Frecuentemente se viven situaciones que dificultan el buen desarrollo de la lactancia materna, tales como bebés muy ansiosos o, por el contrario, poco exigentes y adormilados, dolor durante el enganche, aparición temprana de grietas, que convierten el amamantamiento en un proceso doloroso. El papel del personal de enfermería durante los primeros días es fundamental para un desarrollo satisfactorio de la lactancia materna, siendo estrategia decisiva la información, la educación y el apoyo a las madres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (De la Flor y Hernández, 2013).

1.3 JUSTIFICACIÓN

A pesar del consenso universal de que la lactancia materna es la mejor manera de darle a una niña o niño un comienzo saludable en la vida, respaldado por una gran cantidad de evidencias sólidas sobre el papel fundamental que desempeña en la reducción de la mortalidad infantil, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia "UNICEF" en el 2012 mostro que solo un 37% de los niños y niñas en el mundo reciben exclusivamente leche materna durante los primeros seis meses y solo el 43% son amamantados en la primera hora de vida. Lo sorprendente es que a pesar de los esfuerzos significativos en la política internacional y las iniciativas de más de 20 años para mejorar las tasas de lactancia materna la tasa mundial de la lactancia materna exclusiva se ha mantenido por debajo del 40%(Fundación Mexicana de Apoyo Infantil A. C. Save the Children, 2013).

En España la encuesta más reciente y amplia a nivel nacional muestran que el 64% de los recién nacidos son amamantados con leche materna durante el primer mes de vida; a los 6 meses las cifras descienden hasta el 24,8% y a los 12 meses tan solo un 7.2% continúan la lactancia materna(Moran,2014).

En Noruega, las tasas de lactancia, según el último estudio realizado en el país, son del 98% en el primer mes de vida, 82% a los 6 meses y el 46% a los 12 meses. Estas cifras, presumiblemente, se deben a las políticas e iniciativas promovidas por el gobierno de este país que facilitan la lactancia materna de forma indirecta (Moran, 2014).

Por otro lado, en Colombia, la vigilancia de los indicadores de lactancia materna a nivel nacional, publicaron los resultados del 2010 donde la mediana de tiempo de Lactancia Materna Exclusiva fue de 1,8 meses, cifra que muestra descenso con respecto al 2005. Se encuentra además que la iniciación de lactancia materna se da en un 96% de la población de madres que fueron encuestadas, registrando un descenso de esta práctica a 63% a los 2 meses y a 24% a los 5 meses de edad (Daza, 2014).

Sin embargo, la duración de la lactancia materna en México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012

(9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El resto de indicadores de lactancia materna indican un franco deterioro de la lactancia materna. El porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajo entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en el medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumento el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua, (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

En cambio, en Michoacán los resultados de las prácticas de alimentación infantil en 2012 mostraron que un 43.9% de los recién nacidos tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna (durante la primera hora de nacimiento). La prevalencia de niños de alguna vez amamantados fue de 88.7% y 93.0% para 2006 y 2012 respectivamente. La lactancia adecuada en 2006 en niños de 0 a 11 meses fue de 31.7%. En 2012, la prevalencia de lactancia adecuada fue de 18.5 y de 20.6% en los niños de 0 a 11 y de 12 a 23 meses respectivamente (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

En Morelia se ha observado que el grupo de edad de mujeres más jóvenes entre los 15 a 20 años son las que presentan porcentajes mayores en cuanto a el tiempo de lactancia materna insuficiente con 19.1%; las mujeres de zona urbana son aquellas que tienen un porcentaje mayor en cuanto a tiempo de la lactancia materna insuficiente con 16.9%. El grado de escolaridad que determinó un tiempo de lactancia materna exclusiva insuficiente fue con mayor porcentaje fue preparatoria y secundaria con 9%. En cuanto a la ocupación se mostró que las mujeres que menos tiempo de lactancia dan son las que se dedican al hogar con 23.6%(García, Méndez, Névedy, Reyes, 2015).

En Janitzio de acuerdo al censo de población del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el programa IMSS prospera la isla de Janitzio cuenta con una población total de 2974 habitantes de los cuales 1513 son mujeres, en un rango de edad de entre 20 a 49 años son 721 mujeres. En el año 2015 se registraron 34 (100%) embarazos de los cuales 28 (82.35%) actualmente se encuentran lactando, además las mujeres duran en promedio de 2 a 2 años y medio lactando. En ese periodo no se presentó ninguna muerte materna (Programa IMSS Prospera, 2015).

Las consecuencias de no brindar una lactancia materna aún niño, o inclusive el que no recibe lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, pierde muchas o todas las ventajas de la lactancia, mientras que la leche materna es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos. La mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos. Es muy difícil suministrar un alimento limpio y estéril, para alimentar a un niño con un biberón (Food and Agriculture Organization of the United Nation, 2017).

Debido a que la lactancia materna es una práctica natural de las mujeres y que se transmite su práctica de mujer a mujer a través del ejemplo, o la enseñanza de alguien mayor o que ya haya lactado antes, para ser resuelto el problema de abandono temprano de la lactancia materna se necesita educar a las mujeres desde el momento del embarazo en conjunto con la mujer que en la mayoría de las veces ayudan al cuidado post parto de estas mujeres. Es necesario quitar los tabús o creencias que existen alrededor de la práctica de la lactancia materna y enseñarles que otras de las creencias que tengan si tienen lógica y deban de ser practicadas y el decirles el porqué y eso las motive más a lactar. Se requiere también a enseñarles de acuerdo al lugar donde la mujer sea atendida llevando a práctica el cuidado transcultural y fomentarles el conocimiento de acuerdo a su cultura donde se desarrollen.

Por otro lado se puede contribuir con este estudio fomentar que la lactancia materna no es únicamente una acción para que el recién nacido o el lactante crezca y se desarrolle adecuadamente, debido que cumple con sus necesidades para su sano desarrollo, si no también fomentarles que al brindar la lactancia materna se hace una experiencia reciproca de bienestar, un vínculo afectivo madre-hijo que ayuda al desarrollo psicológico de ambos y además la pronta recuperación post partoy así se puede contribuir a la solución del problema, de acuerdo a los resultados que sean obtenidos y obtener los diferentes puntos de vista en los dos escenarios estudiados y de ahí obtener un punto de partida para la aplicación de proyectos en pro que fomenten la lactancia materna a partir de las experiencias de

las mujeres que la han brindado. Se espera que esta investigación tenga una repercusión en el campo de la enfermería contribuyendo al abordaje de la lactancia materna desde una perspectiva y un cuidado transcultural y se adapte a las sociedades para dejar una enseñanza y a partir de esta investigación ayudar a las madres a que la lactancia materna también es una experiencia que es compartida con su hijo y que les dejara beneficios a ambos a corto y largo plazo.

Este estudio es factible debido a que se cuentan con antecedentes de estudios relacionados a las experiencias de la práctica de la lactancia materna, esta investigación se propuso con el objetivo de abordar el tema desde un eje cultural. Se han encontrado diversos estudios sobre las experiencias de la lactancia materna en mujeres en áreas rurales y urbanas como lo es en el caso de la investigación realizada en Colombia. Este estudio da a conocer la experiencia de la práctica de la lactancia materna desde un punto personal e íntimo de las madres. El análisis de la información obtenida con los grupos focales permitió identificar cinco principales dominios o temas que construyeron el relato de la experiencia en la lactancia materna. La construcción de la experiencia en la lactancia materna es un proceso complejo, que depende de factores propios de cada persona y del entorno en que se desarrolla. Las acciones ejercidas por los individuos van a tener una composición extraída de su propia realidad y de la realidad que viven como actores de la sociedad, y la construcción de la experiencia en la lactancia materna es reflejo de esta dinámica. Es posible decir, de acuerdo a lo relatado las madres de este estudio, que tal vez la lactancia materna no surge de una manera plenamente espontánea; detrás de ella existe un importante proceso de aprendizaje, que lleva a la finalidad de darle a una madre la seguridad de ser capaces de alimentar con sus cuerpos a sus hijos. En este estudio como en otros, surge de manera repetida la percepción de producción deficiente de leche y de hambre residual en el lactante, como principales factores relacionados con la suspensión temprana de la lactancia materna, reflejando una sensación de insuficiencia de una madre en el papel de lactar a un hijo. Haber reconocido estos aspectos cobra gran importancia a la hora de querer impactar positivamente en la práctica de la lactancia materna, ya que no es suficiente con tener una madre educada y preparada para lactar, si es durante su vivencia en la lactancia que surgen problemas y no se ofrecen soluciones (Daza. 2014).

1.4 PREGUNTA NORTEADORA

¿Cuáles la experiencia de la práctica de la lactancia materna en mujeres rurales de Janitzio y de mujeres urbanas de Morelia?

¿Quién las enseñó o motivo a lactar?

¿Quién les dijo como se hacía?

¿Qué beneficio creen que tiene darles pecho a sus hijos?

¿Qué beneficios tiene la lactancia materna para usted?

CAPITULO II

APROXIMACION AL CONOCIMIENTO DE LA TEMÁTICA

2.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL O TEÓRICO-EMPÍRICO

En este apartado se conceptualizará la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger donde nos dice, que el objetivo de la teoría es brindar cuidados y asistencia coherente al entorno cultural, de la misma manera se definen los metaparadigmas de acuerdo a la teoría, así como sus conceptos y supuestos principales y su modelo de cuidado cultural llamado “el sol naciente” (González, 2006).

También se aborda el tema de la lactancia materna, así como sus definiciones principales y conceptos que ayudan a abordar de mejor manera el tema, describiendo la fisiología y anatomía de la mama y la glándula mamaria, así como la fisiología de la lactancia, los diferentes tipos de leche y su composición (González, 2006).

Se mencionan también los principales beneficios de la lactancia materna tanto para el niño y la niña, la madre, la sociedad y las técnicas de lactancia materna, describiendo y esquematizándolas para su mejor entendimiento, se abordan los diez pasos para una lactancia materna eficaz propuesta por la Organización Mundial de la Salud (González, 2006).

Se describe la importancia que tiene la lactancia materna para generar un vínculo afectivo entre madre e hijo, y como el hecho de que una madre no proporcione una lactancia materna o el tiempo de duración sea muy corto puede provocar problemas psicosociales al menor en su crecimiento (González, 2006).

Se habla de los factores de abandono de la lactancia materna, donde se puede ver afectada por un problema emocional postparto de la madre, problemas de confianza, de tiempo, o problemas físicos de la madre o hijo o la existencia de una abundante mercadotecnia (González, 2006).

Finalmente se retoma el tema de lactancia materna en la situación actual en México y aquí se observan las diferencias que existen al llevar a cabo la lactancia materna en mujeres del área rural y del área urbana, así como las experiencias que mencionan las mismas mujeres desde dos enfoques de acuerdo al área donde ellas se desarrollan (González, 2006).

2.1.1 TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES DE MADELEINE LEININGER.

2.1.1.1 Objetivo de la teoría de los cuidados

El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vidas culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad (González, 2006).

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, de la unión de ambas surge una de las áreas de enfermería transcultural, esa área que se centra en el cuidado y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura universal(González, 2006).

Esta teoría fundamentada en la antropología y la enfermería, desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoenfermería y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales llamado “emic”, para después contrastarlo con los factores externos a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería llamado “etic” para conformar una aproximación

holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales(González, 2006).

2.1.1.2 Metaparadigmas

- ⇒ **Persona:** Leininger se refiere a ella como ser humano. Se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas (González, 2006).
- ⇒ **Entorno:** La teoría de Leininger no lo define explícitamente, pero si se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura (González, 2006).
- ⇒ **Salud:** se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal a través de todas las culturas, aunque es definido de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas (González, 2006).
- ⇒ **Enfermería:** se define como una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, las funciones y procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o recuperan de la enfermedad. Tiene un significado físico, psico cultural y social para aquellas personas que son asistidas. Utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera de acuerdo con la cultura del cliente. Utiliza un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente, como se define en el modelo de Sunrise. requiere la comprensión de los valores, las creencias y las prácticas específicas de la cultura del cliente (González, 2006).

2.1.1.3 Conceptos principales

- ⇒ **Ento enfermería:** Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene en ellos una cultura determinada a través de las manifestaciones “emic” o locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales (González, 2006).
- ⇒ **Enfermería transcultural:** se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos a adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural. La enfermería transcultural son también aquellos profesionales que trabajan con dos culturas (González, 2006).
- ⇒ **Enfermería intercultural:** la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos, médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural (González, 2006).
- ⇒ **Cultura:** podemos decir que se describe como valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular que son aprendidas, compartidas y transmitidas. Orientan al pensamiento, las decisiones y las acciones de manera específica. La cultura influye en la necesidad, a la hora de procurar cuidados de los pacientes y en su bienestar y recuperación de la enfermedad. La cultura posee una gran influencia sobre el cuidado (González, 2006).
- ⇒ **Cuidados:** hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de las personas. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona. Tiene significados distintos en culturas diferentes, que pueden ser determinados mediante el examen de la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo (González, 2006).
- ⇒ **Cuidados culturales:** hacen referencia a los valores y creencias que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupo) mantener su bienestar, mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte o a la discapacidad. En

torno al concepto de cuidados culturales habla de aspectos como la conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, así como de adecuación o negociación, rediseño o reestructuración etcétera (González, 2006).

- ⇒ **Conservación de los cuidados culturales:** se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas de una cierta cultura a mantener y preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades o la muerte (González, 2006).
- ⇒ **Adecuación o negociación de los cuidados culturales:** comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación de ayuda a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorios (González, 2006).
- ⇒ **Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales:** abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al coestablecimiento de los cambios (González, 2006).
- ⇒ **Visión del mundo:** hace referencia a la perspectiva de una persona o grupo en razón de su visión del mundo o del universo consta de:
 - Estructura social: factores de organización de una cultura en particular, tales como religiosos, económicos, educativos y políticos, y como estos factores dan significado y orden a la cultura (González, 2006)
 - Contexto ambiental: un acontecimiento, situación o experiencia, tales como interacción social, emoción o elemento físico, que da significado a las expresiones humanas (González, 2006).

Dimensiones estructurales culturales y sociales: se refiere a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos

interrelacionados de una determinada cultura (subculturas o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco sociales, políticos y legales, económicos, educativos, tecnológicos y culturales y factores etnohistóricos, y a la forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales(González, 2006).

Sistemas de salud o bienestar tradicionales: hace referencia a los cuidados o a las prácticas de los cuidados que tienen un significado especial en una cultura; estas prácticas son utilizadas para ayudar o asistir a las personas en su casa o en la comunidad (González, 2006).

2.1.1.4 Supuestos principales de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidado

- ⇒ Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.
- ⇒ Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia y también para afrontar la discapacidad o la muerte.
- ⇒ Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar a la práctica de esta disciplina.
- ⇒ La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo.
- ⇒ Los cuidados son esenciales para la curación, que no puede producirse sin ellos.
- ⇒ Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo diferente (diversidad) y algo semejante (comunes, universales) en todas las culturas del mundo.

- ⇒ Toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varía con respecto a las otras culturas.
- ⇒ Los valores, las creencias, y prácticas culturales están influidos y, con frecuencia, integrados en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual), de parentesco social, político (o legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.
- ⇒ Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de una cultura.
- ⇒ Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde un punto de vista cultural solo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería.
- ⇒ En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario (genérico).
- ⇒ Los usuarios que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión y preocupaciones éticas y morales (González, 2006).

2.1.1.5 Modelo “Sunrise” o Sol Naciente

Leininger desarrolló un método de investigación de etnoenfermería. Aprendió a aplicar la etnoenfermería, la etnografía, las historias reales, la fotografía y los métodos fenomenológicos para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales (González, 2006).

Utilizó un método etnocientífico como procedimiento formal y riguroso para el estudio de los fenómenos humanos y de enfermería. Leininger utiliza para describir e

ilustrar los principales componentes de la teoría de los cuidados culturales llamado “Modelo Sunrise” (amanecer) (González, 2006).

Éste orienta a las enfermeras hacia las influencias de los cuidados, y describe, como los componentes de la teoría influyen en la salud y los cuidados de los individuos de distintas culturas. Se centra en la visión del mundo desde los cuidados culturales, un mundo en el que las dimensiones de las estructuras sociales y culturales están muy diferenciadas. Un mundo en cuyo corazón se sitúa la salud (el bienestar), continuamente influenciado por las prácticas, pautas y expresiones de los cuidados, estos a su vez en constante relación de interdependencia con factores educativos, económicos, sociales, filosóficos, tecnológicos, modos de vida, etcétera (González, 2006).

El modelo “Sunrise” consta de cuatro niveles, siendo el primero el más abstracto y el cuarto el menos abstracto. Los tres primeros niveles proporcionan una base de conocimientos para proporcionar cuidados culturalmente coherentes:

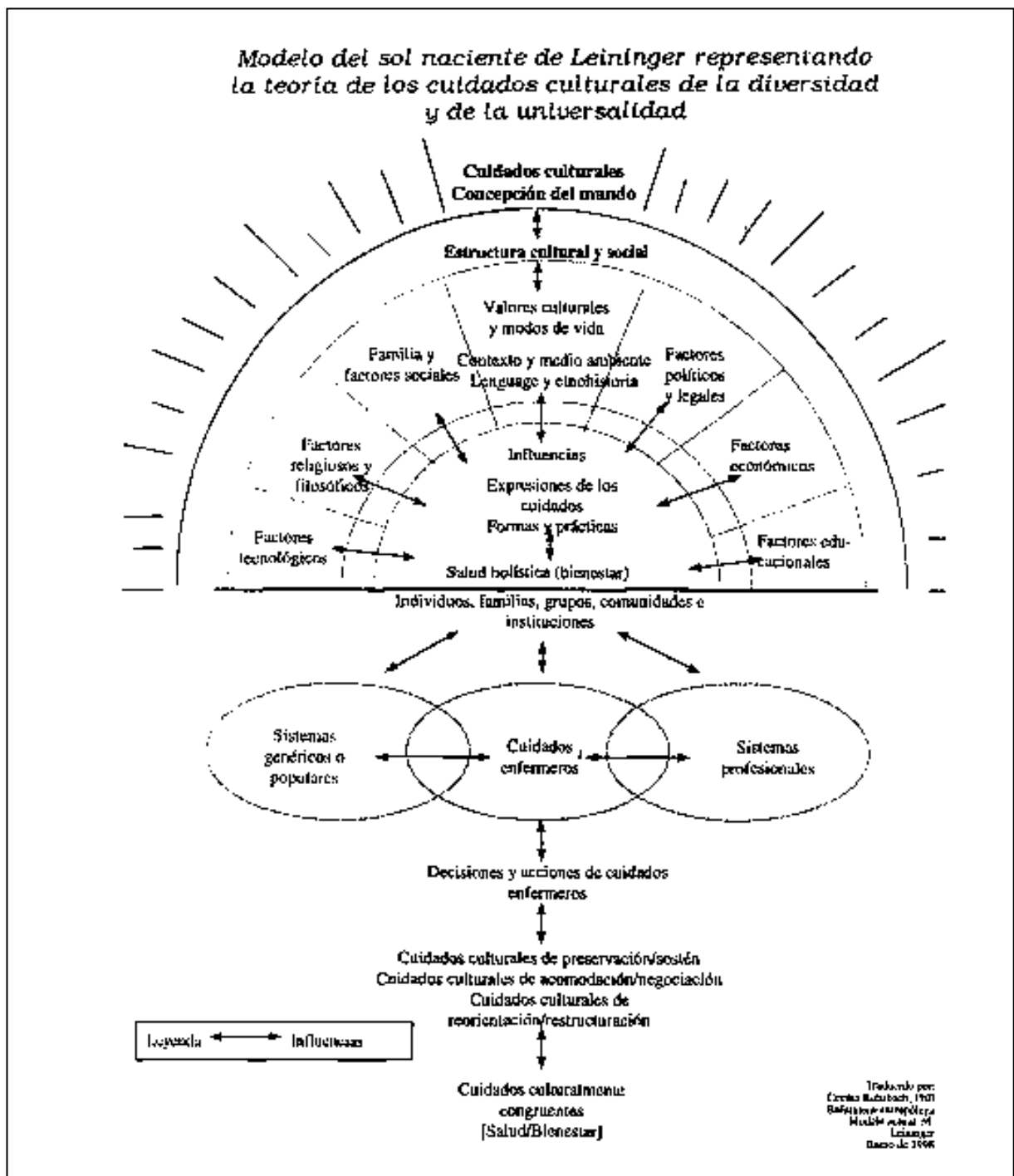
- ⇒ Nivel uno: Representa la visión del mundo y los sistemas sociales. Permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas:
 - Microperspectiva: los individuos de una cultura.
 - Perspectiva media: factores más complejos de una estructura específica.
 - Macroperspectiva: fenómenos transversales de diversas culturas.
- ⇒ Nivel dos: Intenta proporcionar información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud.
- ⇒ Proporciona información acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de salud.
- ⇒ Nivel tres: Proporciona información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales, incluyendo la enfermería, que actúa dentro de una cultura. Permite la identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.
- ⇒ Nivel cuatro: Determina el nivel de acciones y decisiones de los cuidados enfermeros; según Leininger, en este nivel se proporcionan los cuidados enfermeros. Incluye la preservación, acomodación y remodelación de los

cuidados culturales. Es el nivel en el que se desarrollan los cuidados coherentes culturalmente (González, 2006).

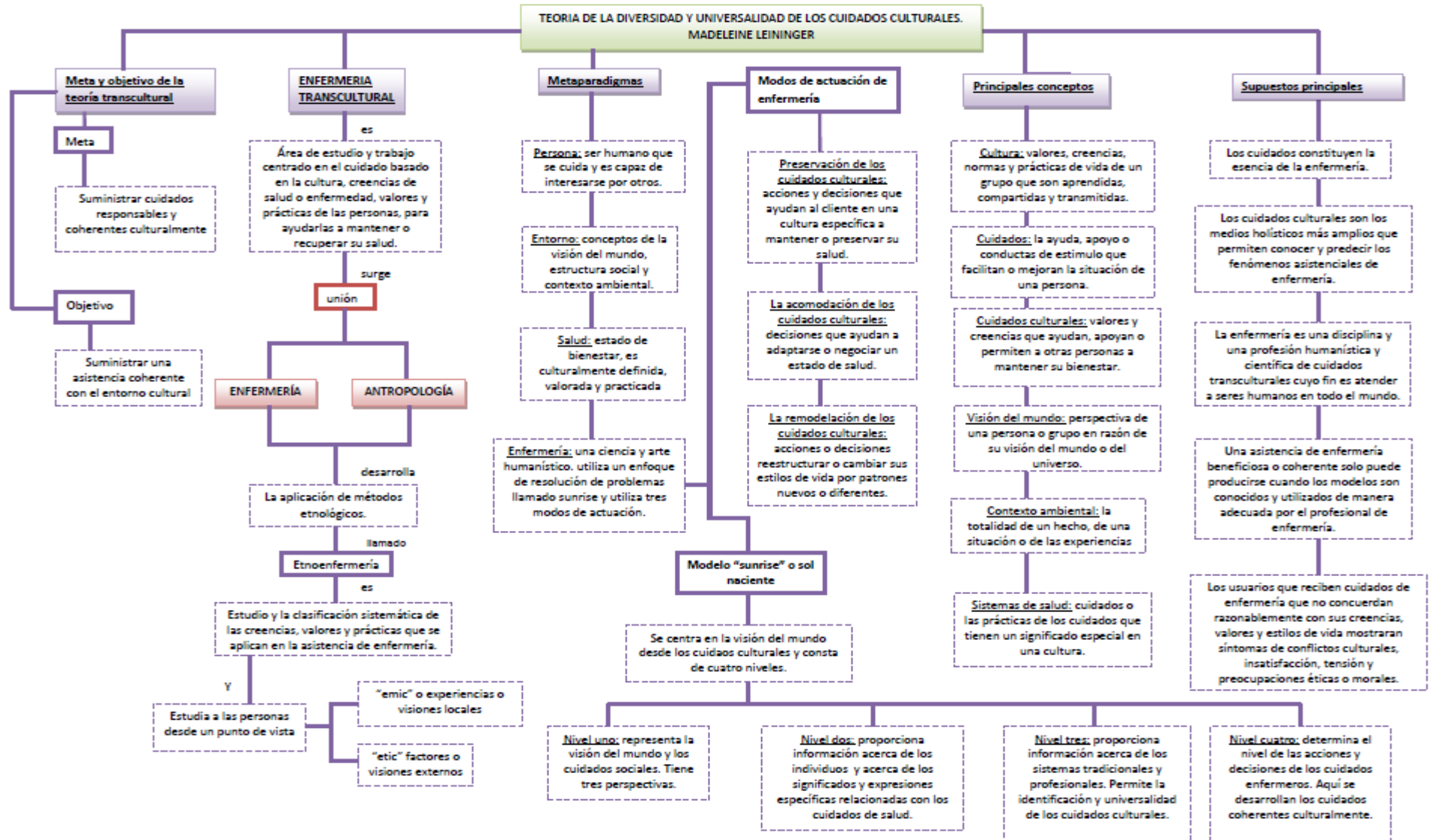
La enfermería actúa como un puente entre los sistemas genéricos y profesionales, y así pueden contemplarse tres clases de asistencia que permiten predecir las acciones y decisiones de enfermería dentro de la teoría; la conservación y el mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación y negación de estos cuidados y el rediseño o reestructuración de los mismos, (González, 2006).

El modelo del sol naciente describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental. El sexo, la edad, la clase social se consideran factores emocionales y otras relacionadas se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria, (González, 2006).

Esquema no. 1 Modelo "Sunrise" o Sol Naciente



Esquema No. 2 Descripción de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales



2.1.2 LA LACTANCIA MATERNA

2.1.2.1 *Definiciones de lactancia materna*

En 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) propusieron una terminología estándar para la recopilación y descripción de los datos del comportamiento de la lactancia materna, actualizada por la OMS, la cual ahora se utiliza ampliamente (Germán, Silva, 2012).

Lactancia materna exclusiva: se define como el bebé que se alimenta con solo leche materna, con la posible excepción en determinadas poblaciones de la vitamina D y del hierro en lactantes de peso relativamente bajo (Germán, Silva, 2012).

Lactancia materna predominante: cuando el bebé recibe leche materna como fuente principal de alimento. Permite que el lactante reciba líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de frutas, soluciones orales de rehidratación) y gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas), pero no que reciba todo lo demás (en particular, leche no materna y líquidos basados en alimentos) (Germán, Silva, 2012).

Lactancia materna complementaria: cuando el bebé recibe la leche materna y alimentos sólidos o semisólidos, y permite que el lactante reciba alimentos o líquidos, incluyendo leche no humana (Germán, Silva, 2012).

Lactancia materna: cuando el niño recibe leche materna en cualquier cantidad y le permite recibir otros alimentos o líquidos, incluyendo leche no humana (Germán, Silva, 2012).

2.1.2.2 Anatomía de la mama

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La base de la mama se extiende desde la 2ª hasta la 6ª costilla y desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. La parte superoexterna se extiende hacia la axila, denominándose prolongación axilar de la mama (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

El pecho está compuesto de tejido glandular (secretorio) y adiposo. Tiene como marco de soporte un tejido conectivo fibroso llamado ligamentos de Cooper. Alrededor de dos tercios de la glándula descansa sobre el músculo pectoral mayor; el resto sobre el serrato anterior, separado de estos por la aponeurosis profunda (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

La parte más profunda del pecho está separado de la aponeurosis de los músculos pectorales, por un tejido conjuntivo laxo, denominado bolsa retromamaria o espacio submamario, a través del cual entran y salen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Gracias a este tejido la mama tiene cierta movilidad sobre la aponeurosis que cubre el plano muscular (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

Aproximadamente en el centro de la cara superficial se encuentra el pezón, que en la nulípara está en relación con el cuarto espacio intercostal. Su forma y tamaño varía entre las mujeres y puede ser pequeño, grande, plano, umbilicado, invertido. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección. En la punta del pezón desemboca separadamente cada conducto galactóforo (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

La base del pezón está rodeada por una zona de piel de color café claro denominada areola. En la mujer adulta mide de 3 a 5 cm de diámetro. Contiene fibras de tipo conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. Algunas mujeres no tienen un área pigmentada visible, mientras que en otras ésta puede llegar hasta la mitad de la mama. La aréola tiene numerosas glándulas de Montgomery, las cuales son glándulas sebáceas modificadas que se abren a la superficie de la areola a través de los tubérculos de Morgagni. Estas glándulas se atrofian durante la menopausia. En el periodo de gestación y lactancia se pueden apreciar claramente como solevantamientos bajo la piel. A estas glándulas se les atribuye un rol en la odorización de la mama (rol comunicativo), protección local y ductal contra patógenos, protección de la piel de la acción corrosiva de la saliva y estrés de la succión; además las secreciones de estas glándulas se pueden combinar con la saliva del lactante para favorecer el sello hermético que favorece una succión efectiva (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

2.1.2.3 Glándula mamaria

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos, pero en el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida. En la mujer están poco desarrolladas antes de la pubertad, momento en que inician un desarrollo considerable, hasta alcanzar una estructura anatómicamente compleja. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo, y especialmente en el período posterior al parto y durante la lactancia. Su histología es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar constituye en sí una unidad de secreción y produce leche completa. Es capaz de extraer desde el plasma sanguíneo, y a la vez sintetizar, todos los elementos necesarios para constituir la leche: proteínas, grasas, hidratos de carbono, anticuerpos, vitaminas, sales minerales y agua (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

2.1.2.3.1 Estructura de la glándula mamaria

Las mamas son glándulas túbulo-alveolares de secreción externa, consideradas embriológicamente como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016). (Figura 1).

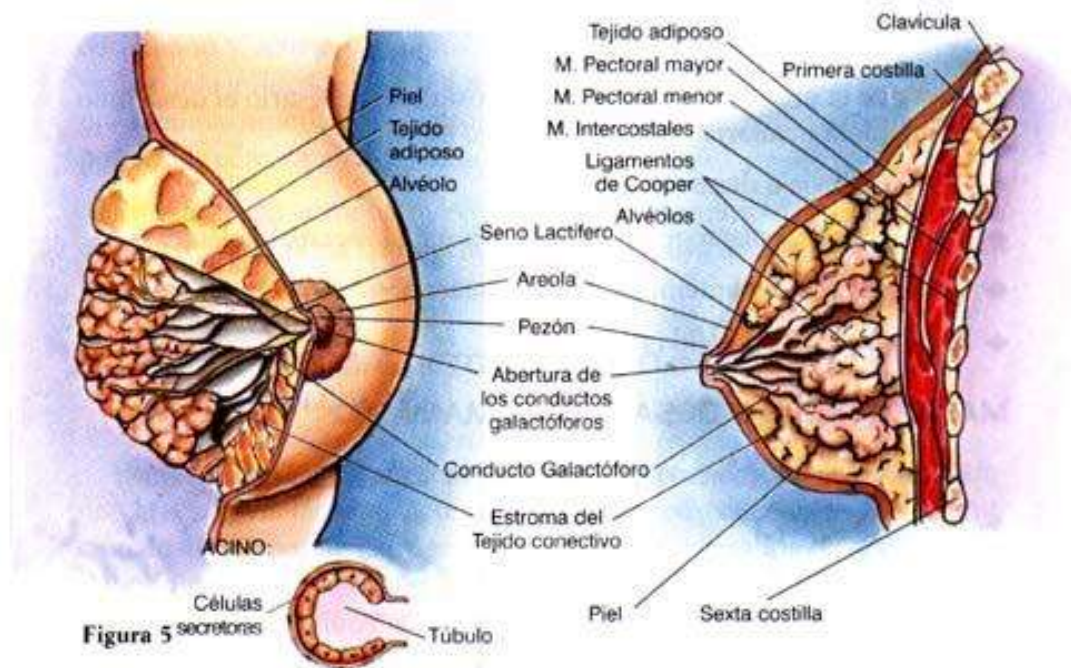


Figura No. 1 Estructura de la glándula mamaria

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos:

- Tejido glandular de tipo túbulo-alveolar,
- Tejido conjuntivo que conecta los lóbulos glandulares y
- Tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares.

Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos y a su vez en pequeños racimos formados por redondeadas cuya cara interior está tapizada de células secretoras en las cuales se produce leche materna (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

La leche producida es conducida por túbulos y conductos hasta los senos lactíferos que son dilataciones de estos, localizados a la altura de la areola donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión del niño. De ellos salen unos 15 a 25 conductos hacia el pezón (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola y contiene pequeños corpúsculos denominados tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión (Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en la Lactancia Materna, 1998-2016).

2.1.2.3.2 Fisiología de la glándula mamaria y de la lactancia

La fisiología de la glándula mamaria y de la lactancia comprende 3 diferentes procesos funcionales:

- Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria.
- Galactogénesis, producción o síntesis de la leche.
- Galactopoyesis o mantención de la producción de la leche.

2.1.2.3.2.1 Mamogénesis

En el crecimiento de la glándula mamaria o mamogénesis se distinguen 4 etapas:

- Etapa prepuberal
- Etapa puberal y adolescencia
- Etapa gestacional
- Etapa postgestacional

Tabla No. 1 Etapas de la mamogénesis

Etapa	Descripción
Etapa prepuberal	Durante el período prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alvéolos. Con anterioridad al inicio de la telarquia, el tejido mamario rudimentario permanece inactivo y las glándulas mamarias sólo crecen en forma isométrica con el cuerpo, sin presentar modificaciones estructurales (Valdez y Pérez, 1992).
Etapa puberal y adolescencia	En la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos que, sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria. Al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona que, sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos (Valdez y Pérez, 1992). La acción continua de los estrógenos y de la progesterona determina el tamaño, firmeza, forma, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar característica de la mama adolescente. El tejido adiposo de la mama parece tener un importante rol en el desarrollo del tejido glandular, actuando como reservorio de estrógenos. En cultivos de tejido glandular, la presencia de tejido adiposo estimula el crecimiento de la célula mamaria (Valdez y Pérez, 1992).
Etapa gestacional	Junto con iniciarse el embarazo, la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche. El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos. Entre la 5ª y la 8ª semana de

gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan. Después de las 20 semanas de gestación, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora, la que irá aumentando hasta el término del embarazo. Hacia el término de la gestación, los alvéolos muestran en su interior una sustancia compuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos (pre-calostro) (Valdez y Pérez, 1992).

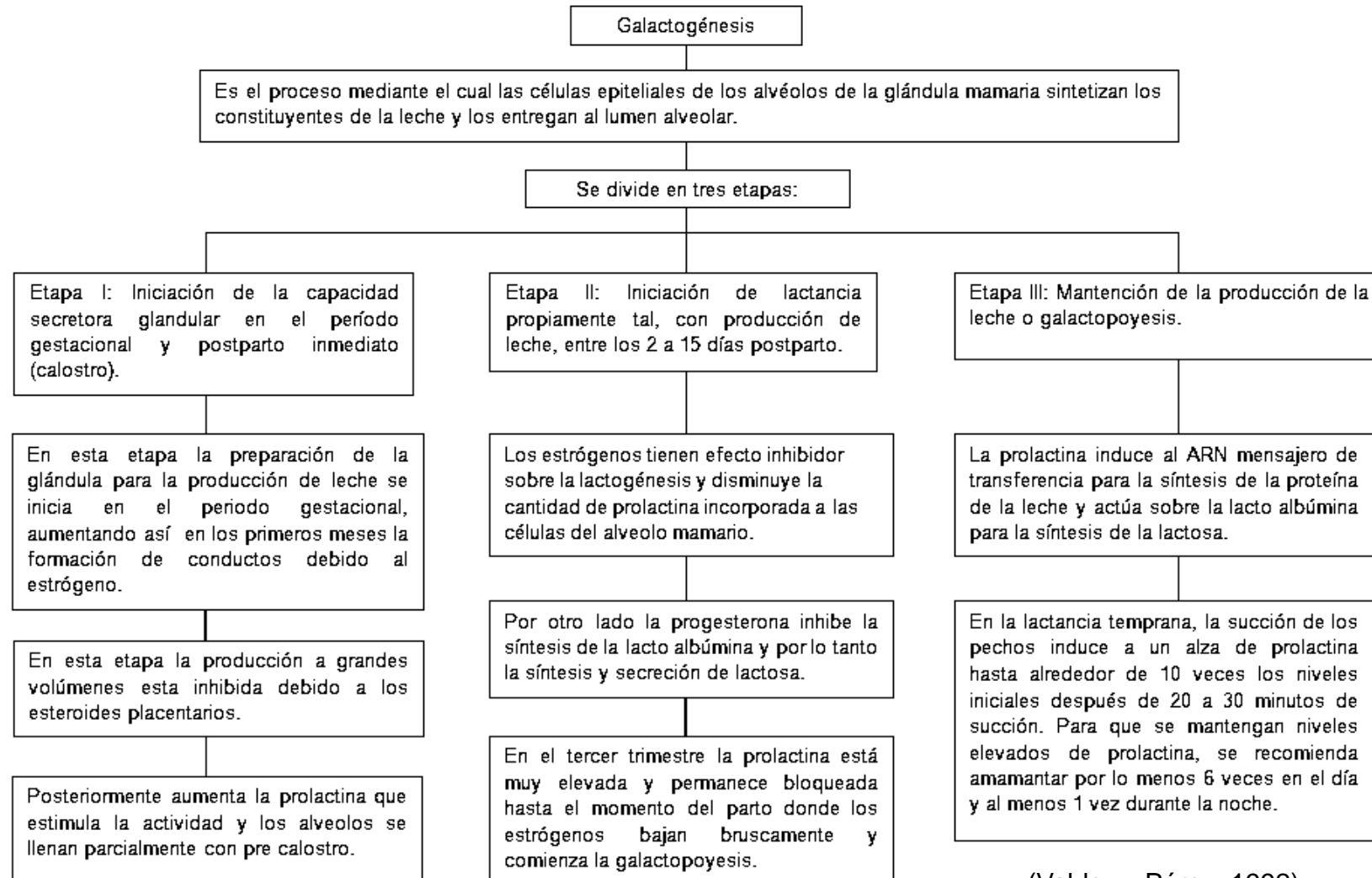
Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de lactogénesis en el postparto (Valdez y Pérez, 1992).

Etapas
postgestacional

Entre las 30 y 40 horas postparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella. El aumento de volumen de la leche se produce antes que la madre perciba la sensación de plenitud o agrandamiento de las mamas y otros signos que se describen como "golpe o bajada de leche". Las madres que alimentan a sus hijos con libre demanda e inmediatamente después del parto, observan que producen un mayor volumen de leche a las 24-48 horas después del parto y no experimentan congestión. Se cree que el evento descrito como "golpe de leche" marca el cambio del control endocrino de la galactogénesis al control autocrino, en el que la producción de leche no depende del nivel de hormonas

maternas, sino de la eficiente succión y remoción de ésta por parte del niño. Después del parto se aprecian cambios internos en la estructura de las células epiteliales de los alvéolos y conductos: las células secretoras de los acinos han aumentado de tamaño; los espacios intercelulares, hasta ahora abiertos, comienzan a cerrarse; el alvéolo se distiende por la secreción de calostro o de leche, las células epiteliales pierden su forma cilíndrica o cuboide y se aplanan. Los cambios descritos son necesarios para iniciar en el alvéolo las nuevas funciones de síntesis, almacenamiento y liberación de los constituyentes de la leche (Valdez y Pérez, 1992).

2.1.2.3.2.2 Galactogénesis



(Valdez y Pérez, 1992)

Esquema No. 3 Galactogénesis

2.1.2.3.2.3 Galactopoyesis

Tabla No. 2 Galactopoyesis y los diferentes tipos de leche y su composición

TIPO DE LECHE MATERNA	CARACTERÍSTICAS	PRODUCCIÓN	PROPIEDADES	FUNCIÓN
PRECALOSTRO	Es un exudado de plasma	Se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo.	Es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa.	En un recién nacido de muy bajo peso, menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen en polvo, listos para agregarlos a la leche materna. Se denominan “fortificadores de leche materna”.
CALOSTRO	Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la	Se secreta cinco a siete días después del parto, aunque en las mujeres	Tiene mayor cantidad de proteínas (97% en forma de inmunoglobulina A-IgA-), vitaminas liposolubles,	El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción

	presencia de β -carotenos.	multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. Esta cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido por lo que no es necesario complementar con fórmulas lácteas	lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus, sodio y zinc. En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles.	intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm ³ y altas concentraciones de lisozima. 7,8 por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio.
LECHE TRANSICION	DE Su color es blanco y se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio.	Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto.	Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción.	La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. Comienza más a funcionar como aporte nutricional que inmunológico.

LECHE MADURA	Su color es blanco y se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio.	Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple.	Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, enzimas y hormonas. Estas sustancias se distribuyen en 5 compartimentos separables según el tamaño de sus partículas: Fase acuosa: es una solución verdadera, que constituye el 87% de la leche. Contiene las proteínas del suero, lactosa, nitrógeno no proteico, vitaminas hidrosolubles, electrolitos y parte de los compuestos de calcio, magnesio. Dispersión coloidal: caseína, calcio y fosfato. Emulsión: constituido por los triglicéridos y los esterios de colesterol. Membranas de glóbulos de grasa: proteínas, fosfolípidos, enzimas, minerales traza y vitaminas liposolubles. Células: macrófagos, neutrófilos, linfocitos y células epiteliales.	En las 4-6 primeras semanas de vida el niño obtiene la IgA de la leche materna. La leche humana también estimula la producción de la propia IgA en las células plasmáticas subepiteliales del tracto intestinal del niño. la leche madura tiene componentes antiinfecciosos tanto humorales como celulares.
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Shellhorn, Valdes, 1995), (García, 2011).

2.1.2.4 Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño y niña, para la madre, para la sociedad y la humanidad. Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal. Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

2.1.2.4.1 Beneficios de la lactancia materna para el niño y niña

La literatura médica confirma los beneficios de la lactancia exclusiva sobre la nutrición y desarrollo de los niños y niñas, así como para su salud durante la infancia e incluso en períodos posteriores de la vida. Los niños/as amamantados/as tienen menor riesgo de enfermar de diarrea, infecciones respiratorias, meningitis, septicemia, infección urinaria (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

En el recién nacido, el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal. La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias. El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficiente IgA que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

Además, es importante considerar que los niños y niñas amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños/as que reciben fórmula (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonoarticulación del lenguaje. Los niños alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna, tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esa edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los 12 meses. La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño/a proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus órganos, especialmente el sistema nervioso (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo sicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento, organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

Entre los efectos a la salud, a largo plazo la lactancia confiere protección sobre enfermedades que se presentan en etapas posteriores de la vida, tales como: diabetes insulino-dependiente, enfermedades cardiovasculares, colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, la enfermedad celíaca, el asma, leucemias, linfomas, la obesidad y enfermedades alérgicas (Subsecretaría de Salud Pública de Chile, 2010).

2.1.2.4.2 Beneficios de la lactancia materna para la madre

Mejora la recuperación tras el parto, acelera la recuperación del útero y además protege frente a la anemia después del parto, moviliza las grasas de reserva acumuladas durante el embarazo, especialmente alrededor de los muslos y favorece la recuperación de la silueta al reducir la circunferencia de cadera, menor incidencia de cáncer de mama, de ovario y de útero, disminuye el riesgo de artritis reumatoide, disminuye la incidencia de osteoporosis y fractura de cadera en edad avanzada (Mohamed yAlcolea, 2010).

2.1.2.4.3 Beneficios psicológicos

Incrementa el vínculo psicológico entre madre e hijo, Induce a la relajación materna gracias a las hormonas que se segregan durante el amamantamiento y mejora la autoestima materna (Mohamed, Alcolea, 2010).

2.1.2.4.4 Beneficios para la sociedad

La lactancia materna supone un gran ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo por lo que se ahorra por la compra de leche artificial sino por el menor consumo de consultas médicas, ingresos hospitalarios, medicamentos y otros recursos sanitarios. Por otro lado, la reducción del número de episodios de enfermedad en los niños amamantados en los primeros meses de vida disminuye el absentismo laboral de los padres (Fernández, Garrido, et all,2015).

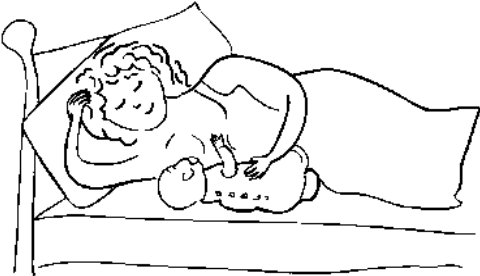

2.1.2.4.5 Beneficio medioambiental

Disminuye la huella ecológica (botes de fórmula, biberones, tetinas) ya que no genera residuos, contribuyendo al cuidado del planeta (Fernández, Garrido, et all,2015).

2.1.2.5 Técnicas de lactancia materna

El éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando. La lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, las madres debemos confiar en nuestra capacidad de amamantar y aunque sea un hecho fisiológico y sencillo si hay aspectos que enseñar y reforzar, como es la posición. Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica (Hospital Virgen de las Nieves. Consejería de Salud, 2004)

Tabla No. 3 Posiciones principales de lactancia materna

POSICIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA POSICIÓN	REPRESENTACIÓN GRÁFICA
Posición del niño con la madre acostada	(Muy útil por la noche o en las cesáreas). Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre (Hospital Virgen de las Nieves. Consejería de Salud, 2004).	
Posición tradicional o de cuna	La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre (Hospital Virgen de las Nieves. Consejería de Salud, 2004).	

Posición de cuna (Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de cruzada

posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos).
Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca. Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho (Hospital Virgen de las Nieves. Consejería de Salud, 2004).



Tradicional cruzada

Posición de canasto, o de rugby.

(Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés).
Colocamos al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca (Hospital Virgen de las Nieves. Consejería de Salud, 2004).



Posición invertida

Posición sentada (Útil para niños hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamas muy grandes).

En ella el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta (Hospital Virgen de las Nieves. Consejería de Salud, 2004).



2.1.2.6 Diez pasos para una lactancia materna eficaz

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupete artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica, (UNICEF, 2017).

2.1.2.7 Lactancia materna como generadora de vínculo afectivo entre madre e hijo

El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, la madre es extraordinariamente sensible durante la lactancia y su mayor preocupación gira en torno a la alimentación y cuidado de su hijo. Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos (Morillo y Montero,2010).

Así mismo la lactancia materna a través de un sabio proceso biológico promueve el vínculo afectivo entre la madre y el bebé porque ofrece la oportunidad de un contacto cutáneo directo y frecuente entre ambos. El sentido del tacto está muy desarrollado en el bebé y es uno de sus medios principales de comunicación por lo que la proximidad que le ofrece la lactancia materna puede favorecer las sensaciones de comodidad y seguridad del recién nacido. Cuando el bebé mama el cuerpo de la madre segrega hormonas que desempeñan un papel importante en el vínculo madre-bebé, proporcionando un alto grado de satisfacción a la madre cuando percibe que es capaz de satisfacer las necesidades nutricionales de su bebé y que se queda saciado y tranquilo tras el amamantamiento. La lactancia materna estimula la autoestima de la mujer, puesto que le demuestra que es capaz de proporcionar a su bebé alimento y salud (Lecumberri y Jiménez, 2000).

El niño en su desarrollo intenta a través de su comportamiento estar cerca de la madre, utilizando conducta como succionar, sonreír, llorar y aferrarse. Esta búsqueda y necesidad de cercanía de la madre, con respecto al niño, se conoce como conducta de apego y la conducta de la madre que intenta mantener al hijo cerca se denomina conducta de atención. La conducta de ambos, que se dirige a buscar y mantener la proximidad de uno con el otro se llama conducta afectiva (Morillo y Montero,2010).

Siendo importante destacar que es un momento donde debe estar acompañado de profundo sentimiento, donde se estimula el amor en el niño y se vinculan valores que desarrollaran confianza, y de esta conducta de apego, dará lugar a conductas intelectuales, formación de conceptos, el relacionarse con otras personas, es decir madre/ hijo/a, experimentaran una relación afectuosa, íntima y continua en cada amamantada en las que ambos sientan satisfacción y gozo, siendo uno de los beneficios importantes en la lactancia materna, con la calidez que se proporciona en el amamantamiento, demostrando la seguridad que transmiten los brazos maternos(Morillo y Montero,2010).

Por otro lado, las ciencias biológicas nos indican que es la primera hora que sigue del nacimiento la que conforma todo un período crítico que influye en el desarrollar la capacidad de amar. Las investigaciones indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer

relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social, por el contrario, la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social. Según indican estas investigaciones, la baja autoestima, la vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor. Han sido numerosos los estudios realizados que verifican que el desarrollo del cerebro está directamente vinculado a ser afectado por las relaciones tempranas del bebé, que establece con sus padres, ya que podrían ser las bases a procurar y recibir atenciones y cuidados de otros. La creación del vínculo afectivo es una experiencia maravillosa mediante la cual, el bebé y la madre aprenden a amarse mutuamente, y comienza desde la primera mirada percibida por ambos, luego del parto, fortaleciéndose con el tiempo, siendo determinante para el desarrollo psicomotor y social del bebé. A través de la conversación, el contacto, el tacto y en busca del apoyo materno, donde los primeros años de vida, tanto del hijo como el de la madre, serán para ambos una experiencia de aprendizaje, (Morillo y Montero,2010).

2.1.2.8 Factores de abandono de la lactancia materna

Los factores que influyen principalmente el inicio o la culminación temprana de la lactancia materna son las siguientes:

- ⇒ Deficiente información de la madre, el cónyuge y demás familiares. Los conocimientos que tienen un gran número de madres son insuficientes y no pocas veces contrapuestos a la realidad, son fácilmente presas de las absurdas decisiones, por familiares o amigos que ejercen sobre ellas una influencia negativa, (Morillo y Montero, 2010).

- ⇒ La falta de confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su hijo y producir leche en cantidad suficiente, puede ser grave motivo de

preocupación lo cual, a su vez, puede inhibir la bajada temprana de la leche y su flujo normal, (Morillo y Montero, 2010).

- ⇒ La leche materna se produce como resultado de la acción conjunta de hormonas y reflejos los cuales pueden ser inhibidos por diversas situaciones emocionales de la madre. Cada vez que el niño succiona, estimula las terminaciones nerviosas del pezón y la areola; estos llevan mensajes a la hipófisis de la madre, que responde produciendo una hormona llamada prolactina; ésta va por la sangre hasta el alvéolo mamario y hace producir la leche. Las terminaciones nerviosas estimuladas mediante la succión del pezón y la areola llevan también un mensaje al cerebro de la madre; donde se produce otra hormona llamada oxitocina; ésta, al igual que la prolactina, va por la sangre hasta los pechos y actúa, produciendo contracción de las células musculares que rodean los alvéolos, impulsando así la salida de la leche a través de los conductos galactóforos hasta el pezón. Este reflejo de la oxitocina, no depende sólo de la succión del pezón, sino también de las emociones y sentimientos de la madre, (Morillo y Montero, 2010).
- ⇒ Las preocupaciones frenan el reflejo de la succión. Hay relación de la depresión con disminución del periodo de lactancia natural. La producción de leche depende de la frecuencia con que se le da el pecho al niño, la fuerza de succión del niño, el reflejo de bajada de la leche y el uso de anticonceptivos orales. Los cambios en la asistencia del parto y la interferencia hospitalaria: la demora del inicio de la succión del pecho puede traer inconvenientes posteriores para la lactancia. El tetero induce al rechazo de la succión del pezón, ya que esta última requiere un esfuerzo mayor por parte del niño. Aplicar demasiada anestesia durante el parto; mantener un horario fijo y no espontáneo, (Morillo y Montero, 2010).

Inconvenientes anatómicos: Pezones invertidos la mayoría de ellos pueden ser modificados por maniobras y masajes. Las fisuras, agrietamientos y posterior infección del pezón son en gran parte prescindibles, evitando el aumento de tensión láctea de los senos, (Morillo y Montero,2010).

Autoimagen y sexualidad: Existe un grupo de mujeres que están dispuestas a sacrificar la lactancia en beneficio de su estética. Muchas mujeres temen que la

lactancia arruine la figura del pecho. Muchas mujeres se avergüenzan de amamantar en público, (Morillo y Montero,2010).

Actividad social y trabajo de la madre: Obstáculo considerable tanto para el inicio como para el mantenimiento de la lactancia. Desconocimiento de la madre lactante de la protección legal, (Morillo y Montero,2010).

Nuevos valores sociales: A menudo se considera a la lactancia materna como anticuada, signo de atraso o como una vulgar práctica campesina. El biberón se ha convertido en un signo de posición, (Morillo y Montero, 2010).

El papel de la industria, la facilidad de contar con fórmulas cada vez más parecidas física y bioquímicamente a la leche humana ha descendido la práctica de la lactancia materna. El impacto de la publicidad comercial contrapone al éxito de la crianza natural el beneficio de la crianza artificial, (Morillo y Montero, 2010).

Eliminación de drogas por la leche: Casi todas las sustancias ingeridas por la madre van a aparecer en la leche, existen en la leche materna enzimas que metabolizan a los fármacos (acetilación de las sulfas). Casi nunca es necesario suspender la lactancia materna definitiva debido a que la madre esté tomando una droga. El anticonceptivo común de estrógeno y progesterona disminuye el abastecimiento de leche, mientras que la progesterona sola reduce su contenido proteínico, (Morillo y Montero,2010).

Por enfermedad: el abandono de la lactancia materna por enfermedades tanto por enfermedades infecciosas y no infecciosas. Enfermedades infecciosas maternas como: tuberculosis activa no tratada, herpes simples, hepatitis C, citomegalovirus, brucelosis, enfermedad de Lyme, enfermedad de Chagas, infecciones bacterianas graves, sífilis, varicela, sarampión, (Díaz, 2005).

Enfermedades no infecciosas como:

Miastenia gravis; Existen dos formas de esta enfermedad debida a un bloqueo neuromuscular: la heredada y la adquirida. Esta última es la más frecuente y obedece a un trastorno autoinmunitario que desencadena la formación de anticuerpos antirreceptor de la acetilcolina (ACh). En la miastenia gravis adquirida,

los anticuerpos antirreceptor de ACh pueden atravesar la placenta y ser responsables de un cuadro de miastenia neonatal transitoria y también pueden pasar por la leche materna, por lo que algunos autores no recomiendan la alimentación al pecho durante los episodios graves, en los que la madre presenta una elevación importante de los niveles de anticuerpos, (Díaz, 2005).

Cáncer de mama: Su diagnóstico durante la lactancia obliga a suspender la alimentación al pecho para que la madre pueda someterse a tratamiento lo antes posible. Cuando el embarazo se produce en una mujer con cáncer de mama que ya ha recibido tratamiento, es posible la lactancia por el pecho sano. No se ha demostrado la transmisión de virus tumorales a través de la leche materna, (Díaz, 2005).

Prolactinoma: Algunos casos de prolactinoma, especialmente los macroadenomas, requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina, que contraindican la lactancia, ya que, al ser potentes inhibidores de la prolactina, hacen muy difícil mantener una producción adecuada de leche, (Díaz, 2005).

Otras enfermedades crónicas: Si la madre padece una enfermedad crónica como fibrosis quística, cardiopatías, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, conectivopatías, epilepsia o depresión, la decisión de dar o no lactancia materna se debe tomar teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y el grado de incapacidad que origina en la madre. Cuando la situación clínica de la madre lo permite, es posible dar el pecho si se emplean medicamentos que sean compatibles con la lactancia¹⁶. En el caso de depresiones graves y otros problemas de salud mental, también hay que tener en cuenta que, con frecuencia, la madre no es capaz de interpretar de forma correcta las señales del niño y puede amamantar al niño de forma insuficiente, (Díaz, 2005).

2.1.2.9 Lactancia materna en México

En México, la lactancia materna ha disminuido en las últimas décadas debido a múltiples factores derivados de la comercialización de sucedáneos de la leche materna y publicidad contraria hacia la lactancia, así como las condiciones poco favorables del mercado laboral ofrece para que las madres amamanten a sus hijos, (El Universal, 2015).

En el país la reglamentación vigente sobre lactancia materna se encuentra en diversas normas oficiales, entre ellas se encuentran la de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, la atención a la salud del niño y la relacionada con las fórmulas para lactantes. Adicionalmente, en octubre de 2012 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un acuerdo en el que se establecieron las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna en nuestro país, ya que ningún producto o fórmula puede replicar en su totalidad los beneficios y propiedades de la leche materna. Otro de los instrumentos de política pública es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, promovido por la OMS y UNICEF que obliga a las autoridades de salud para estimular y proteger la lactancia natural, y prohíbe que en las instalaciones de los sistemas de salud se promuevan las preparaciones para lactantes u otros sucedáneos de la leche materna, incluyendo la distribución de todos los productos comprendidos en el Código. La protección y promoción de la lactancia materna en México es una de las acciones que ofrece el mayor costo-beneficio para mejorar la salud y supervivencia de todo niño o niña menor de dos años. Su inclusión en la agenda nacional es uno de los aciertos más eficaces que se pueden hacer en términos de salud pública, (El Universal, 2015).

Sin embargo y a pesar de todo lo estipulado anteriormente retrocede en el país lactancia materna. En México, la leche materna ya no es el alimento exclusivo en los primeros seis meses de un recién nacido, principalmente en las zonas rurales, (Villanueva, 2013).

Entre 2006 y 2012, el índice de lactancia materna registró a nivel nacional una caída de 7.9 puntos porcentuales, al pasar de 22.3 %por ciento a 14.5 %por ciento,

principalmente por la introducción temprana de fórmulas lácteas y el consumo de agua, advierte la Secretaría de Salud, (Villanueva, 2013).

Pero en el medio rural, el porcentaje bajó de 36.9 a 18.5, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). Además, las mujeres de las zonas urbanas redujeron considerablemente el tiempo en que amamantan a sus hijos: mientras que hace seis años el promedio era de 8.5 meses ahora es de 4.9. La media nacional es de 10.4 meses, (Villanueva, 2013).

Según la encuesta, a nivel nacional, 5% por ciento más de niños menores de seis meses fueron alimentados con fórmula láctea en comparación con los resultados de 2006, además de que aumentó 4.4 puntos porcentuales el uso de agua. De acuerdo con especialistas, la combinación de la lactancia con líquidos como el té o la leche de fórmula antes de los seis meses de edad pueden ocasionarle al bebé problemas de salud, como inflamación de los intestinos, porque su organismo no está preparado ni maduro para recibir ese tipo de sustancias, o predisposición a la obesidad, (Villanueva, 2013).

Para Rodolfo Rivas Ruiz, pediatra neonatólogo del Hospital Infantil de México Federico Gómez, la disminución de la lactancia materna es una batalla que se va perdiendo, principalmente por falta de información. *"Es un fenómeno en el que vamos perdiendo la batalla, tanto las instituciones de salud como los medios de comunicación y el Gobierno porque persiste un total desconocimiento del riesgo, de la predisposición a la obesidad que adquieren los bebés que no son amamantados"*, dijo en entrevista. *"Hay gente que ni siquiera sabe que la leche de fórmula que le dan a los bebés es leche de vaca, piensan que como es una fórmula láctea especialmente diseñada para recién nacidos no les va a causar ningún daño"*, abundó. Asimismo, expuso que incluso el uso de tés puede ser tóxico para los bebés. *"Los tés son tóxicos en algunos niños, se deben evitar. Están contraindicados porque, por ejemplo, un té de anís estrella puede incluso matar a un niño, porque altera el sistema nervioso central a tal grado que un bebé puede morir si lo consume"*, alertó. Atribuyó la preferencia de algunas mamás por las fórmulas lácteas a la practicidad de las mismas que impiden tener que amamantar al bebé en público, a la falta de espacios adecuados en los centros de trabajo para la extracción de leche materna e incluso a la publicidad. *"La mercadotecnia indica que dar leche de*

vaca, es decir fórmulas lácteas, no es malo, que es complementario, entonces la percepción de las mamás es que no les pasa nada, no les queda claro que en un niño que consume fórmula láctea el gen de la obesidad se prende y no se vuelve a apagar nunca más en la vida, no miden el riesgo", consideró (Villanueva, 2013).

Por lo anterior un gran impulso a la lactancia materna es a través del diseño e implementación de políticas integrales que suman los esfuerzos de los diferentes agentes involucrados desde el sector público -incluyendo el sector de salud-, privado, la comunidad, las familias y la sociedad civil. Además es crucial contar con una legislación nacional pro lactancia, especialmente en el ámbito laboral, que proteja y apoye con horarios y espacios flexibles para que las madres puedan amamantar por lo menos hasta los seis meses de vida a sus hijas e hijos; previendo salas de lactancia (lactarios), ya sea para amamantar a sus hijos o bien para extraer la leche; campañas de promoción de la lactancia materna para informar a la población sobre los beneficios presentes y futuros de la lactancia tanto para las niñas y niños como para sus madres; así como contar con políticas públicas que proporcionen el apoyo necesario a las mamás para realizar una lactancia exitosa desde el sector de salud y dentro de sus comunidades, (El Universal, 2015).

2.1.2.10 La lactancia materna y su significado en la mujer de área rural

La mujer rural está incorporada a los procesos de producción junto a los de reproducción, sin contar en la mayoría de los casos con los servicios básicos que le ayuden en esta tarea. Las mujeres rurales emplean hasta 16 horas al día produciendo, elaborando, vendiendo, preparando alimentos, recogiendo materiales para combustible y acarreando agua para el hogar, además de otras faenas como el cuidado de los hijos, familia ampliada y animales de traspatio, (Nuria, 1995).

Los problemas de salud en la mujer rural se centran en el aspecto reproductivo y se agudizan por la desnutrición, el excesivo trabajo físico y la carga emocional por las precarias condiciones de servicios que incrementan su jornada y provocan enfermedades infectocontagiosas que traen consigo la mortandad infantil, lo que agudiza la presión sobre la mujer que tiene bajo su cuidado a la familia enferma, y, finalmente, el maltrato físico por violencia intrafamiliar que enfrenta en numerosas ocasiones, (Nuria, 1995).

El descenso en la frecuencia y en la duración de la lactancia al seno materno ha sido más lento en las áreas rurales de México, que en las ciudades; pero una fracción de los niños nacidos en pequeñas comunidades rurales son destetados prematuramente o son totalmente privados de la leche materna. Asimismo, se ha visto que la prevalencia de la alimentación al seno materno varía entre las entidades federativas y también entre las áreas urbanas y rurales; en general, la prevalencia del amamantamiento es menor en las zonas de mayor desarrollo socioeconómico por otro lado en las comunidades rurales mexicanas incluidas en el estudio Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México, la falta de amamantamiento y el destete temprano dependen de la región geográfica, así como de una menor paridad, de tener una mejor vivienda, de una mayor educación materna y del contacto con los médicos (especialmente los particulares y los de la seguridad social). Es preocupante la creciente tendencia de las madres mexicanas de este medio de no alimentar al pecho o suspender la lactancia tempranamente. Asimismo, se encontró evidencia de que la ablactación se emprende de manera precoz, con frecuencia creciente en las diversas regiones del país. En el norte se observó la menor frecuencia de lactancia al seno materno, el uso más frecuente de otras leches y la introducción más precoz de alimentos sólidos, mientras que en el centro y sur hay una imagen distinta pero que parece estar evolucionando en el mismo sentido, (Vandale, Rivera, Kageyama, Tirado y López, 1997).

Sin embargo, el significado que toma la lactancia materna en la mujer rural va más allá de las cifras que nos muestran en cuanto al tiempo de lactancia materna, así como la ablactación temprana en los menores. En México, más concretamente en Mesoamérica, como en la mayoría de las culturas ancestrales, la maternidad era un concepto fuertemente ligado a la ideología y cosmovisión religiosa en la cual se equiparaba a la mujer y el vientre materno con la Tierra y con la Gran Madre. Al carecer de animales como vacas o burras en este periodo es posible que hayan sido utilizadas, para los casos especiales, las nodrizas como opción alimenticia. Para los mexicas era tan significativo el tipo de alimentación a base de leche materna que este hecho definía conceptualmente y daba nombre a una etapa vital: “oc chichi piltontli” y “oc chichi piltzintli” que significaban “niñitos que todavía maman”, (Hernández, 2012).

Para los purépechas se tiene la creencia de cuando una mujer está amamantando no debe de tener corajes porque al bebe le darán cólicos después de ser amamantado de igual manera, cuando una mujer está amamantando no debe de hacer corajes porque el bebé y la madre se enferman; cuando una mujer tiene a un recién nacido debe de tomar mucho atole espeso para que le salga mucha leche; una mamá que está amamantando a un bebé de un mes a seis meses no debe de comer sandía, mango ni pepino porque a los bebés les hace daño, les causa matsiakua, wiritakua (patskua) ojiwakua. Y también no deben de amantar a su bebé por el rincón húmedo porque por el olor de la leche se van a reproducir los echékurhita (lagartijo), (Cerano, 2013).

Con respecto a las prácticas de la lactancia materna en poblaciones indígenas, se encontró un estudio realizado en el año 2009, donde se hace una descripción sobre las costumbres encontradas en comunidades indígenas de cuatro regiones representativas del país de Colombia. Se determina que la mayoría de las comunidades valoradas tienen una iniciación de leche materna desde los primeros momentos posteriores al nacimiento. Sin embargo, se pone en evidencia dos hallazgos opuestos, en donde algunas comunidades inician desde muy temprana edad la administración de otros alimentos diferentes a la leche materna y otras la pueden prolongar hasta los siete a doce meses de vida de manera exclusiva, ambas prácticas contraproducentes para el crecimiento de los lactantes. Muchas de estas comunidades utilizan leches de otros animales (vaca o chivo) asociada a endulzantes como la panela, en situaciones donde la madre no produce leche o esta es escasa. El estudio determina que las prácticas de lactancia materna en la mayoría de estas comunidades no siguen los parámetros indicados a nivel internacional, influyendo en el estado nutricional a corto y largo plazo de estos niños. El valor de este tipo de investigaciones recae en demostrar la manera tan diferente en que se vive la lactancia materna en un solo país, y lo difícil que puede llegar a ser la labor de reeducar y reorientar a las comunidades con respecto a esta práctica, (Daza, 2014).

2.1.2.11 La lactancia materna y su significado en la mujer de área urbana

La evolución social ha propiciado, de manera acelerada, una re-estructuración de los “roles” de familia tradicional, lo que supone asumir unos cambios importantes en la actitud y en el comportamiento de sus componentes. La mujer no puede seguir desempeñando las mismas funciones que venía realizando y, además, trabajar fuera del hogar. Se hace necesario, por un lado, un nuevo reparto de las funciones y responsabilidades familiares entre los cónyuges, y por otro, la concienciación de la sociedad en general y el apoyo, desde las instituciones y de las empresas, en particular, para que se pueda conciliar ambas facetas, (Gómez, 2003).

Aunado a lo anterior la ocupación laboral es el principal condicionante de la lactancia materna, ya que la mujer se vincula nuevamente a la actividad laboral una vez sale del parto, y no cuentan con facilidad en su trabajo para poder amamantar a sus hijos, las mujeres que dan pecho tienen derecho a trabajar y las mujeres que trabajan tienen derecho a dar pecho. Sin embargo, hoy en día la lactancia no se realiza debido a que muchas madres deben salir a trabajar y no cuentan con las condiciones necesarias para hacer valer sus derechos en cuanto a su licencia para amamantar y si lo reclaman se ven expuestas a perder el empleo, entonces deciden trabajar para obtener recursos y así comprar leches artificiales para suplir la necesidad del bebé mientras trabajan, (Díaz, González, Acevedo, y Barrios, 2013).

De acuerdo a Josefa Aguayo Maldonado en su estudio de “La lactancia materna en Andalucía” menciona que *“la práctica de la lactancia materna está sin duda atravesada por la complejidad y dinamismo que caracteriza la situación de la mujer en nuestros días. Una situación que se caracteriza por la incorporación cada vez más intensa de las mujeres a la vida pública, lo que supone realizar una serie de adaptaciones en su vida privada. En este contexto, la maternidad y la crianza aparece como una etapa en la que pueden hacerse más patentes las dificultades para conciliar los múltiples roles que la mujer desempeña.”* Que de igual forma nos dice que *“Nos encontramos en un momento de transición entre la llamada cultura del biberón y la reimplantación de la lactancia materna como forma óptima de alimentación infantil. El paso de un estado a otro crea desajustes, incertidumbre y tensiones en las madres que han de decidir qué tipo de alimentación que dan a sus*

bebés, junto a otras muchas exigencias producto de la maternidad y del resto de facetas vitales de la mujer”, (Daza, 2014).

A pesar de que siendo las mujeres las “naturalmente” responsables del proceso de amamantamiento, se hace indiscutible la necesidad de indagar en ellas sus conocimientos, influencias, aprendizaje y entender cómo se conforma la experiencia con respecto a la lactancia materna. Es intuitivo pensar que al estar el cuerpo de la mujer “diseñado” para poder ofrecer a su hijo desde el momento que nace el mejor alimento disponible, el acto de lactancia se dé de forma espontánea. Sin embargo, estudios en diferentes poblaciones muestran que esta conducta social es afectada y reconfigurada por múltiples factores, algunos arraigados en prácticas tradicionales, otros determinados por culturas modernas y relacionados con el contundente conocimiento médico, (Daza, 2014).

En el estudio “La lactancia materna en Andalucía” de Josefa Aguayo Maldonado explica de acuerdo a sus datos obtenidos que *“De manera rotunda y explícita, la lactancia materna es percibida por las madres entrevistadas como la manera óptima de alimentar a los bebés. La razón principal es la creencia, muy presente en todos los discursos, de que la leche materna posee unas propiedades superiores a la leche artificial. Esa idea es compartida por todas las mujeres, tanto las que han optado por este tipo de alimentación como las que no lo han hecho. A partir de esa creencia común, las madres entrevistadas difieren en las percepciones de los demás beneficios de la lactancia materna, que no son percibidos ni compartidos de la misma forma por unas y otras.”*, (Daza, 2014).

En las entrevistas realizadas se extrae que las madres perciben como principales beneficios de la lactancia materna las siguientes cuestiones: desde un punto de vista económico, las madres consideran que la lactancia materna prolongada supone una fuente de ahorro para la economía familiar, ya que permite reducir gastos en preparados y utensilios farmacéuticos; desde el punto de vista físico y afectivo del bebé, las madres entrevistadas consideran que la lactancia materna permite un mejor desarrollo de su sistema inmunológico, así como un mayor refuerzo del vínculo afectivo materno-filial. Asimismo, algunas de las mujeres entrevistadas manifiestan la creencia de que el niño va a incrementar su seguridad en sí mismo como consecuencia del contacto continuado con la madre. Este

contacto, además, permite que el bebé se sienta más protegido en sus primeros meses de vida. Desde el punto de vista afectivo y psicológico de la madre, en el discurso de algunas de las entrevistadas se percibe la lactancia materna como una fuente de refuerzo y satisfacción personal. El hecho de saberse proveedora de alimento y felicidad redundaba en un incremento en la seguridad y en la autoestima de la madre, no sólo en lo que concierne a la crianza, sino también en otras esferas de su vida. En cualquier caso, este discurso no es mayoritario; así, la mayoría de las madres justifican las bondades de la lactancia exclusivamente por los beneficios para el bebé. Desde el punto de vista físico de la madre, el beneficio más reconocido por las entrevistadas es el hecho de que esta actividad previene el cáncer de mama, (Daza, 2014).

En cuanto a la práctica misma se refiere, en algunos de los discursos analizados se observa que la lactancia materna puede resultar más cómoda que la lactancia artificial. Se trata de una práctica que no requiere de tantos utensilios ni preparativos porque el alimento siempre está disponible, (Daza, 2014).

CAPITULO III

3.1 MARCO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio será fenomenológico, porque la fenomenología es un paradigma que observa y explica la ciencia para conocerla exactamente y, de esta forma, encontrar la verdad de los fenómenos. Heidegger (Trejo, 2012) precisa que la fenomenología se enfatiza en la ciencia de los fenómenos; ésta consiste en “permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo”; por consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto, verdadero y a su vez científico. El profesional de enfermería tiene que basar su cuidado en entender lo que la gente siente o piensa cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana. La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia y busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones. Asimismo, menciona que las personas son un ser en el mundo, pero no sólo un mundo físico: éste incluye sus relaciones con las demás personas, además es un mundo que él construye y modifica, pero sobre todo que se encuentra inmerso en él, así como en el estudio de su mundo sugiere la forma de interpretarlo y vivirlo. Éstas son situaciones que el profesional de enfermería tiene que evaluar, ya que muchas de las enfermedades se originan de la relación entre la persona y el medio. Esto fundamenta las bases para entender a las personas a quienes se proporciona el cuidado, para saber cuáles son sus reacciones, sentimientos y experiencias, y así poder brindar un cuidado real y específico de las necesidades que manifiesten, (Trejo, 2012). Es por eso que lactancia materna como parte del proceso reproductivo que permite a la mujer y a su hijo fortalecer el vínculo afectivo y proteger su salud. Sin embargo, todas estas ventajas parecen ser insuficientes al tomar la decisión de lactar y cada vez menos madres realizan esta práctica. Como es bien sabido que lactancia es una práctica con fuertes elementos de orden cultural y afectivo, que deben asumirse más allá del punto de vista biológico. Esta práctica requiere ser incorporada y aprehendida por la mujer en el contexto de su propia historia de crianza y de sus funciones sociales, entre ellas el rol de la maternidad, entendido este como un fenómeno inscrito en el

campo social, cultural y afectivo, (Trujillo, Peñaranda, Otálvaro, Bastidas y Torres, 2015).

3.1.2 Escenario de estudio

Janitzio es un pequeño islote que se ubica a 20 minutos del muelle del lago de Pátzcuaro, su nombre significa "Cabello de elote". Es uno de los lugares más hermosos y visitado por los turistas nacionales y extranjeros. Lugar de hombres y mujeres herederos de la gran cultura purépecha, característico por sus artesanías en manta y madera, su gastronomía a base de maíz y pescado. Janitzio es también simbólico del mestizaje histórico y cultural de todo México al encontrarse dentro de su iconografía característica al pescador que utiliza vestimenta y técnicas prehispánicas y en su cima y centro una enorme estatua del generalísimo Morelos, héroe independentista dentro de la cual se encuentra una escalinata que llega hasta la cima de la misma y desde la cual nos brinda una vista insuperable del lago patzcuareense.

Morelia capital michoacana, se ubica dentro del antiguo valle de Guayangareo, ciudad fundada con el nombre de Valladolid por los conquistadores españoles en el siglo XVI. Lugar cargado de historia, gastronomía y cultura mestiza. Su arquitectura colonial es impresionante coronada por sus portales y su bella catedral con sus enormes torres. Conocida también como la ciudad de la Cantera Rosa, este lugar ha sido testigo de famosos eventos históricos como el nacimiento del generalísimo Morelos, las conspiraciones independentistas (1808), entre otras.

3.1.3 Sujeto de estudio

La mujer rural de Janitzio de acuerdo al censo de población 2016 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el programa IMSS prospera en Janitzio nos dice que el 45.47% de su población total se encuentra casado o en unión con su pareja, además se registró que en el año 2015 hubo 34 embarazos en la región y de esos embarazos se registró que 28 mujeres brindaron lactancia materna con una duración de 2 a 2 años y medio. No se presentó ninguna muerte materna. La ocupación principal de las mujeres rurales de Janitzio es el comercio con la venta de

artesanías, y productos de pesca; la mujer se dedica principalmente al hogar, (IMSS PROSPERA Janitzio, 2016).

La mujer urbana de Morelia se ha observado que el grupo de edad de mujeres más jóvenes entre los 15 a 20 años son las que presentan porcentajes mayores en cuanto a el tiempo de lactancia materna insuficiente con 19.1%; las mujeres de zona urbana son aquellas que tienen un porcentaje mayor en cuanto a tiempo de la lactancia materna insuficiente con 16.9%. El grado de escolaridad que determino un tiempo de lactancia materna exclusiva insuficiente fue con mayor porcentaje fue preparatoria y secundaria con 9%. En cuanto a la ocupación se mostró que las mujeres que menos tiempo de lactancia dan son las que se dedican al hogar con 23.6%, (García, 2015).

3.1.4 Definición de la muestra

La muestra será hasta que se complete la saturación de los datos, porque las primeras entrevistas proporcionan mucha información que se desconoce y nos aproxima a una realidad nueva y desconocida. A medida que se avanza la información inicial se va repitiendo y llega un momento en que se va repitiendo y para conseguir una pequeña dosis de información nueva se tiene que hacer un gran esfuerzo. En ese momento es cuando se produce la saturación de datos.

3.1.5 Cualidades del estudio (Variables)

Lactancia Materna: se define como la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua, (Lactancia materna exclusiva, OMS, 2017).

Mujeres rurales: es la persona de sexo femenino que pertenece a una zona geográfica caracterizada por la usencia de grandes concentraciones de población y tendiente a una producción de bienes primarios, tienen su propia idiosincrasia y organización económica.

Mujeres urbanas: es la persona de sexo femenino que pertenece a la ciudad cuya área cuenta con una alta densidad de población.

3.1.5 Tiempo de estudio

El tiempo de estudio se realizará en el periodo de septiembre del 2016 a mayo del 2017

3.1.6 Recursos Humanos

Investigadora: Guadalupe Luviano Celaya

Asesora de tesis: Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Coasesoras de tesis: Dra. Ma.de Jesús Ruiz Recéndiz y Dra. Ma. Lilia A. Alcantar Zavala

Mujeres entrevistadas de Janitzio

Mujeres entrevistadas de Morelia

3.1.7 Recursos Materiales

Computadora

Lápiz

Lapiceros

Hojas

Impresora

3.1.8 Recursos Financieros

Se utilizará un recurso financiero de 5000 pesos.

3.1.9Recolección de datos

La técnica a utilizar para la recolección de datos será la entrevista a profundidad porque, la intencionalidad principal de este tipo de técnica, es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los

gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías, significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro. La entrevista en profundidad sigue el modelo de plática entre iguales, “encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes”, (Robles, 2011).

“Por otra parte, debemos enfatizar que como este tipo de entrevista depende en gran medida de la información que obtengamos del entrevistado, factores tales como la intimidad y la complicidad, permiten ir descubriendo, con más detalle y con mayor profundidad, aspectos que ellos consideren, relevantes y trascendentes dentro de su propia experiencia, por lo que es indispensable realizarla no sólo de forma individual, sino también, en espacios donde el entrevistado se sienta cómodo y seguro”,(Robles, 2011).

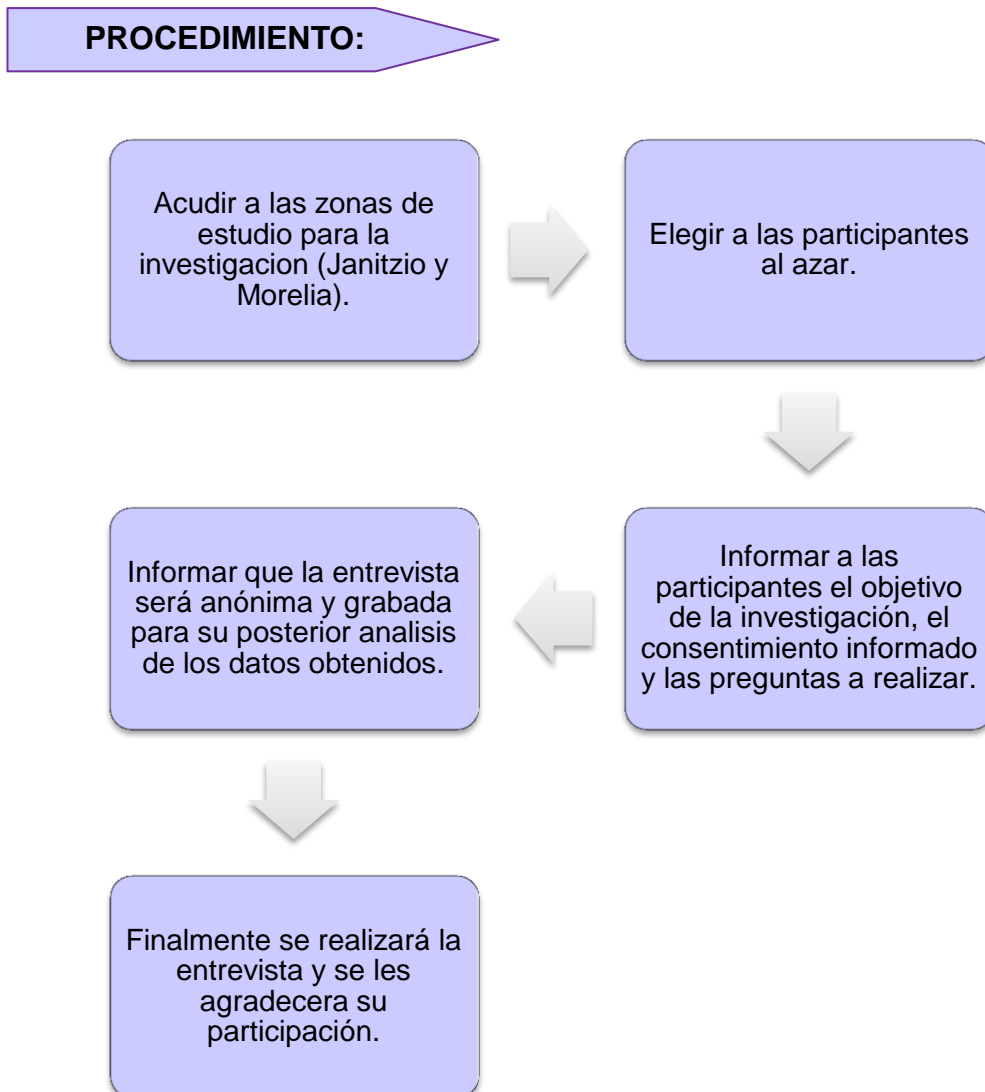
3.1.10 Organización de los datos

La organización de datos se realizará por contenido, porque como técnica de investigación tiene la finalidad la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación o de cualquier otra manifestación de la conducta. Además, como conjunto de materiales cualitativos, procedentes de registros de conductas, deberá clasificar el contenido en categorías apropiadas para describirlo de forma ordenada y metódica.

3.1.11 Procedimiento

La presente investigación se llevará a cabo acudiendo a las zonas geográficas elegidas para el estudio (Isla de Janitzio y Morelia), donde se elegirá al azar a las participantes y se les informara el objetivo de la investigación que se está llevando a cabo, explicándoles el consentimiento informado y que se les realizaran preguntas acerca de sus embarazos y la lactancia materna de manera anónima, donde de la misma manera se les informara que la entrevista será grabada para el posterior análisis del contenido de la grabación posteriormente ya que hayan aceptado se comenzará la entrevista con las preguntas diseñadas para el estudio, finalmente se les agradecerá su participación.

Esquema No.3 Descripción gráfica del procedimiento



3.1.12 Análisis de Datos

El análisis de los datos será a través del análisis de contenido ya que como conjunto de técnicas de análisis de comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, esto favorece la obtención de resultados integrales, profundos e interpretativos, más allá de los aspectos léxico gramatical, (Cáceres, 2003).

El análisis cualitativo de contenido se define a sí mismo dentro de este marco de trabajo como una aproximación empírica, de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio, (Cáceres, 2003).

Se realizará la transcripción de las entrevistas en el programa de Word Office, escuchando las grabaciones las veces necesarias para su análisis, detallando tanto los sonidos exteriores y ambientales, así como la manera propia en la que se expresen las participantes.

3.1.13 Rigor científico

Este proyecto cuenta con un rigor científico porque está basado en el método científico que le otorga el pilar del conocimiento para realizarla. Científicamente se sabe que la lactancia materna es una práctica que tiene como objetivo el cuidar y mantener una especie en este caso al ser humano y que debido con el paso del tiempo esta práctica se ha ido modificando o cambiando y de acuerdo a la zona o región donde se practique se modifique, es por eso que con esta investigación se buscarán estrategias factibles que funcionen en el área rural y urbana para que se favorezca a la persona, la mujer que es el objetivo de la ciencia: servir al ser humano.

3.1.14 Análisis estadístico

Dentro del rigor científico cualitativo contará con una estadística descriptiva del análisis de los contenidos obtenidos a través de las entrevistas realizadas, mediante el análisis riguroso y transcripción de las grabaciones de las entrevistas.

3.1.15 Consideraciones éticas y legales

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia investigación para la salud nos menciona:

Titulo primero de las disposiciones generales

Capitulo único

Artículo 2º

Para los fines de este reglamento, cuando se haga mención a la “Ley” a la “secretaria” y a la “Investigación”, se entenderá refería a la Ley General de Salud, a la Secretaria de Salud y a la Investigación para la Salud respectivamente.

Artículo 3º. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud.
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de los servicios de salud.
- VI. A la producción de insumos para la salud.

Artículo 7º. La coordinación de la investigación, dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, estará a cargo de la secretaria, a quien le corresponderá:

- I. Establecer y conducir la política nacional en Materia de Investigación en Salud, en los términos de las Leyes aplicables, de este Reglamento y demás disposiciones.
- II. Promover las actividades de investigación dentro de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.
- III. Impulsar la desconcentración y descentralización de las actividades de investigaciones.
- IV. Determinar la periodicidad y características de información sobre la investigación en salud que deberán proporcionar las dependencias y entidades que la realicen.
- V. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas para impulsar las actividades de investigación.
- VI. Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de transferencia de tecnología en el área de salud.
- VII. Coadyuvar a que la formación y distribución de recursos humanos para la investigación sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.
- VIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el desarrollo de programas de investigación.
- IX. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de investigación.
- X. Las demás atribuciones afines a las anteriores que se requieran para el cumplimiento de los objetivos de investigación del Sistema Nacional de Salud.

Titulo segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Capítulo I

Disposiciones comunes

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud al que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación
- VII. Contará con el dictamen que favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y de Bioseguridad, en su caso.
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento. (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud)

Para fines prácticos esta investigación se basa también en los aspectos éticos hechos en la declaración de Helsinki, los cuales se tomarán los siguientes principios que aplican en esta investigación:

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la

confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios

previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. (Declaración de Helsinki)

También para aspectos éticos y en base al Diario Oficial de la Federación la Norma oficial mexicana nom-043-ssa2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación nos menciona en el apartado en el grupo de la mujer en periodo de lactancia y en grupo de edad menor de seis meses y del grupo de edad de seis a doce meses lo siguiente:

5.3 Mujer en periodo de lactancia

5.3.1 Se debe indicar que la práctica de la lactancia incrementa las necesidades de energía y nutrimentos, especialmente de calcio y fósforo por arriba incluso de las necesidades de la mujer embarazada, por lo que podría ser necesario aumentar el consumo de alimentos y líquidos de acuerdo con su estado de salud, nutrición y actividad física.

5.4 Grupo de edad menor de seis meses

5.4.1 Se debe destacar que el crecimiento es uno de los factores que aumentan las necesidades nutrimentales del niño o la niña. Se debe vigilar el crecimiento de las y los niños como se señala en la NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

5.4.2 Se debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes en forma exclusiva. A partir de esta edad, además de iniciar la alimentación complementaria continuar la lactancia materna hasta los dos años de edad.

5.4.3 Se debe explicar que la lactancia materna exclusiva implica que no es necesario dar ningún otro líquido, incluso agua.

5.4.4 Se debe promover las ventajas de la lactancia materna frente a los sucedáneos, así como hacer énfasis en los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación.

5.5 Grupo de edad de seis a doce meses

5.5.1 Se debe destacar que el niño o la niña, además de la leche materna o en su caso sucedáneos, deben recibir otros alimentos preparados en forma apropiada, a partir del sexto mes de vida.

5.5.2 Se debe promover que antes de amamantar al niño o niña debe dársele de la misma comida que consume el resto de la familia, adecuando la preparación, los utensilios, las cantidades y el número de comidas (3 comidas mayores y 2 colaciones) de acuerdo con sus necesidades. Se recomendará el uso de tazas, vasos y cucharas para la ingestión de líquidos, en lugar de biberones.

También para aspectos éticos y en base al Diario Oficial de la Federación la Norma oficial mexicana nom-007-ssa2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida: nos menciona en el apartado de Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva lo siguiente:

5.8 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.8.1 En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos

para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.8.2 Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

5.8.3 Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre.

5.8.4 En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.8.5 La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico.

5.8.6 Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y púerperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana.

Derechos de los niños y las niñas

Los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes están previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales y en las demás leyes aplicables, esencialmente en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (publicada el 4 de diciembre de 2014), la cual reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos y, en su artículo 13, de manera enunciativa y no limitativa señala los siguientes:

- I. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo: Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se proteja su vida, su supervivencia,

su dignidad y a que se garantice su desarrollo integral. No pueden ser privados de la vida bajo ninguna circunstancia.

Por lo tanto, como la lactancia materna como alimento proporciona lo necesario para la vida, supervivencia y desarrollo del menor.

- VII. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en un medio ambiente sano y sustentable, y en condiciones que permitan su desarrollo, bienestar, crecimiento saludable y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, ético, cultural y social.

Como derecho el niño no puede ser privado de la lactancia materna ya que esta brinda condición necesaria para su desarrollo, bienestar y crecimiento saludable, tanto físico como mental.

- IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social: Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud, así como a su seguridad social, que permita hacer efectivo su derecho de prioridad, su interés superior, igualdad sustantiva y no discriminación.

La lactancia materna brinda protección y salud al menor. Además de que previene y protege de enfermedades, así como restaura la salud.

IV. RESULTADOS

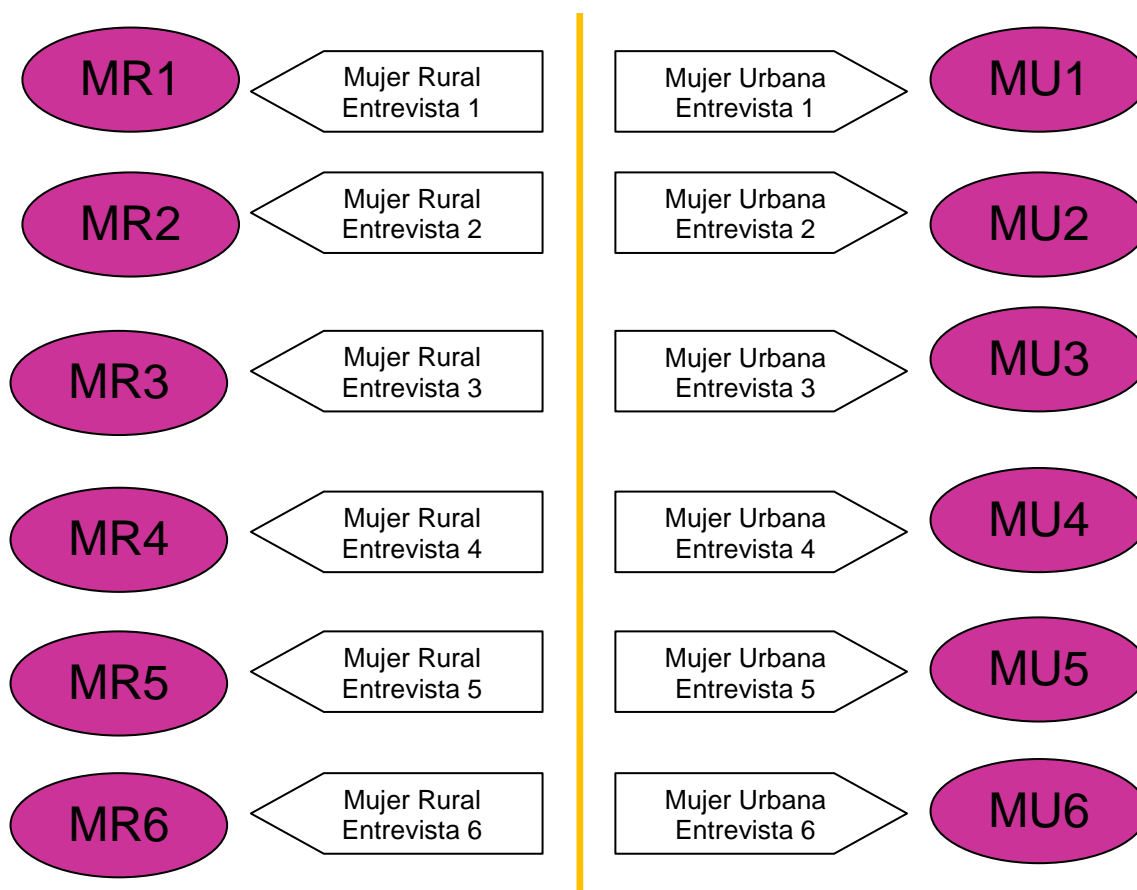
En este apartado se dan a conocer los resultados que se obtuvieron a través de las entrevistas que se les realizaron a las mujeres rurales de Janitzio y a las mujeres urbanas de Morelia.

La manera en la que en la que se describen los resultados, parten de la transcripción de las entrevistas de cada una de las participantes, con la explicación de la codificación de cada una de las participantes y sus respectivas abreviaturas para poder identificarlos y diferenciarlos con el fin de preservar su intimidad de cada una de las mujeres entrevistadas.

4.1 Codificación de las participantes

La codificación se realizó de la siguiente manera, utilizando la letra “M” para todas las mujeres entrevistadas de ambas zonas, posterior la letra “R” para aquellas mujeres entrevistadas en la zona rural de Janitzio y la letra “U” para aquellas mujeres entrevistadas en la zona urbana de Morelia, posteriormente agregándoles una secuencia de números “1, 2, 3, 4, 5 y 6” de acuerdo al orden en la que fueron entrevistadas quedando de la siguiente manera.

Esquema No. 4 Codificación de las participantes



4.2 Categorías emergidas de análisis cualitativo propuestas para analizar las experiencias de las mujeres rurales de Janitzio y mujeres Urbanas de Morelia

Tema	Categoría	Subcategorías
El embarazo	A) Experiencia del embarazo	a.1) Planeación del embarazo
		a.2) Número de embarazos
		a.3) Atención durante el embarazo
		a.4) Tipo de parto
La lactancia	B) Experiencia de la lactancia materna	b.1) Decisión de brindar lactancia materna
		b.2) Duración de la lactancia materna
		b.3) Problemas emergentes al brindar lactancia materna
		b.4) Obtención del conocimiento de cómo brindar la lactancia materna
		b.5) Conocimiento sobre los beneficios de brindar lactancia materna a los niños y para las mujeres
		b.6) Experiencia de brindar lactancia materna

4.3 Definición de categorías de análisis de datos propuestos para analizar de acuerdo a las experiencias obtenidas de las entrevistas de las mujeres rurales de Janitzio y mujeres urbanas de Morelia

TEMA I. El embarazo: es el estado físico por el cual cursan las mujeres, el cual deja un conjunto de experiencias por las que pasaron las mujeres rurales de Janitzio y mujeres urbanas de Morelia, que van desde la planeación, atención prenatal y atención del parto.

Categoría	Subcategoría	Definición
A) Experiencia del embarazo: se refiere al conjunto de experiencias tanto positivas o negativas, obtenidas durante el embarazo. Aquellos acontecimientos que marcan diversas situaciones llevadas a cabo en el embarazo.	a.1) Planeación del embarazo	Es aquella decisión del número de hijos deseados tener por la mujer y la pareja en conjunto.
	a.2) Número de embarazos	Es la cantidad de embarazos de cada una de las participantes, independientemente de si se lograron o hubo alguna pérdida.
	a.3) Atención durante el embarazo	Es aquella atención que se brindó a la mujer durante el embarazo, al cual la mujer decidió asistir, ya sea a un control prenatal en una clínica por parte del personal médico o de enfermería o algún otro tipo de atención brindada por una mujer partera o médico tradicional.
	a.4) Tipo de parto	Es el tipo de atención que se le brinda a la mujer, que depende de diversas circunstancias para su atención, lo que va a definir el tipo de parto, ya sea "natural" o vía cesaría.

TEMA II. La lactancia: es aquella acción que brinda experiencias alrededor de esta a las mujeres durante su práctica, además brinda conocimientos alrededor de esta práctica que serán puestos en práctica en los próximos embarazos o que servirán para brindar conocimientos a aquellas mujeres que estén en la misma situación

Categoría	Subcategoría	Definición
B) Experiencia de la lactancia materna: se refiere al conjunto de vivencias alrededor de la práctica de la lactancia materna que dejaron alguna experiencia tanto física, como psicológica durante su práctica, lo que marca de manera importante la decisión de continuar la lactancia materna en el hijo actual o en embarazos posteriores.	b.1) Decisión de brindar lactancia materna	Es aquella acción por la cual la mujer decide o no brindar una lactancia materna al recién nacido, esta depende de factores internos y externos. Los factores externos son aquellas decisiones por la cual la mujer simplemente no decide brindar la lactancia materna debido a ocupaciones y/u otras actividades que impidan brindar la lactancia materna. Los factores internos son por alguna incapacidad física ya sea enfermedad de la madre o del recién nacido, lo que impide brindar una lactancia materna, aunque la madre cuente con la iniciativa para realizarla.
	b.2) Duración de la lactancia materna	Es el tiempo de duración en meses o años por el cual la mujer decide brindar una lactancia materna a su hijo.

b.3) Problemas emergentes al brindar lactancia materna

Son aquellos posibles problemas para brindar una lactancia materna eficaz, ya sea cantidad de leche producida por la mujer, problemas anatómicos que se presenten en el momento de brindar la lactancia materna en la mujer o en el hijo, presencia de dolor o edad avanzada del hijo, presencia de un nuevo embarazo, situaciones que evitan la duración prolongada de la lactancia materna como la necesidad de ir a trabajar, realizar algunas actividades que impida realizar una lactancia materna de manera exclusiva y se recurra a una lactancia artificial por medio de fórmulas.

b.4) Obtención del conocimiento sobre brindar lactancia materna.

Es aquella información que obtienen todas las mujeres sobre cómo realizar una lactancia materna, tanto en técnicas, posiciones para una lactancia materna eficaz y la duración de la misma; dicha información puede ser proporcionada por personal de la salud en la clínica o el establecimiento donde se llevó a cabo el control prenatal; o los consejos brindados por familiares o conocidos en donde la mayoría de las veces es llevada a cabo

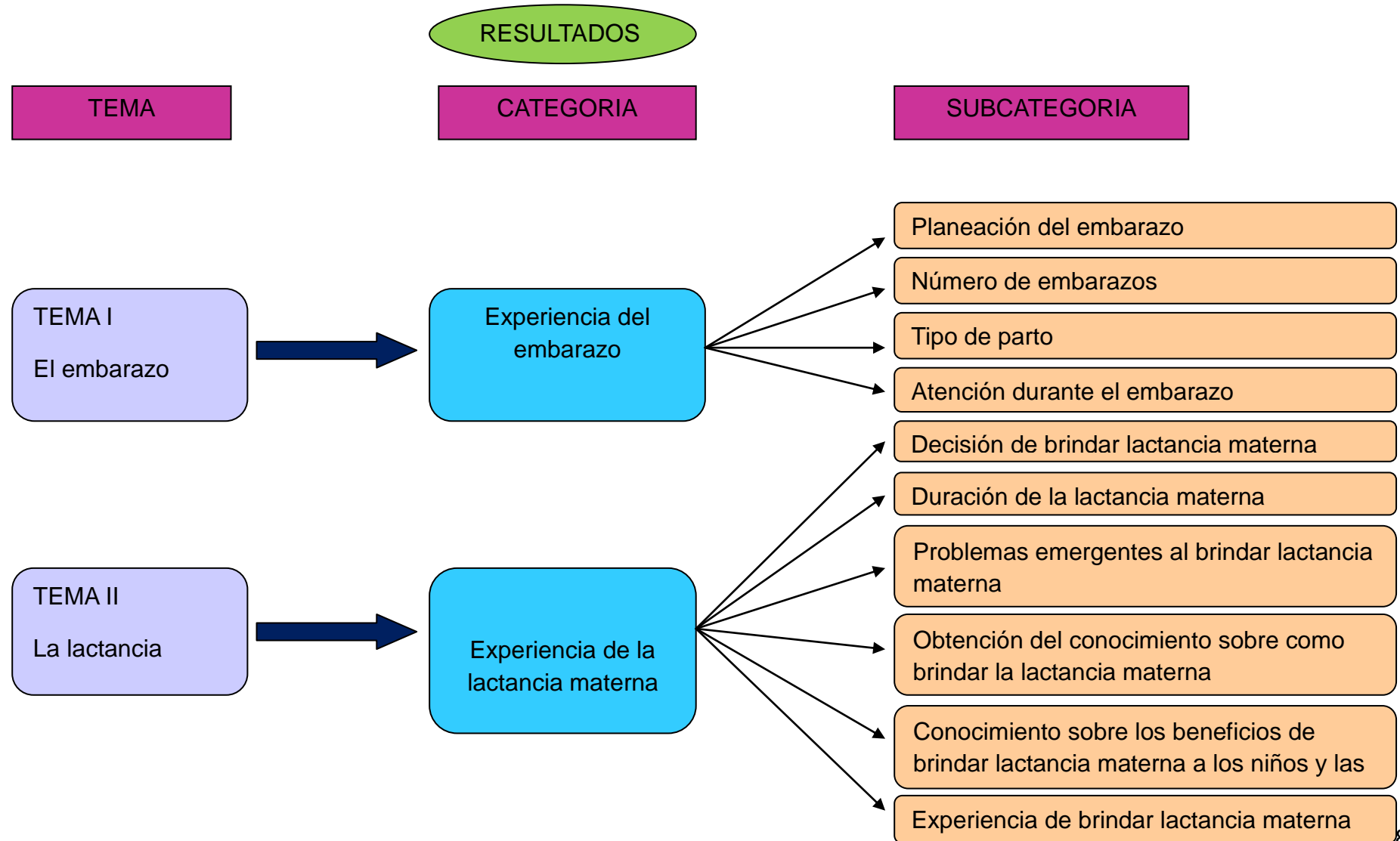
por la madre o suegra o cuya mujer que apoya en los cuidados postparto en el hogar.

b.5) Conocimiento sobre los beneficios de brindar una lactancia materna a los niños y a las mujeres. Es aquel conocimiento que tiene la mujer sobre los beneficios de la lactancia materna tanto en ellas como para sus hijos.

b.6) Experiencia de brindar lactancia materna. Es la experiencia psicológica que dejo a la mujer el hecho de haber brindado una lactancia materna. Esta experiencia marcará un antes y un después en su vida por el hecho de haber brindado una lactancia materna. La experiencia se verá afectada o beneficiada por el hecho de haber podido realizar una lactancia materna y esta será diferente en cada embarazo, por lo cual si fue una experiencia grata favorecerá a posteriores embarazos y por lo tanto a los siguientes hijos o si fue una experiencia desfavorecedora marcará la futura decisión de brindar una lactancia a hijos futuros.

4.4 Resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres rurales de Janitzio y a las mujeres urbanas de Morelia

Esquema No. 5 Categorías emergidas de las entrevistas a las mujeres rurales de Janitzio y mujeres urbanas de Morelia.



4.3 Datos emergidos a partir de las entrevistas

Los datos que surgieron a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres del área rural de Janitzio y el área urbana de Morelia fueron las siguientes en sus diferentes categorías.

1. La experiencia del embarazo

La experiencia del embarazo nos permite indagar sobre la realidad que vivieron del área rural de Janitzio durante su embarazo. Esta categoría se encuentra dividida en subcategorías que son las siguientes: a) planeación del embarazo, b) número de embarazos, c) tipo de parto, d) atención del embarazo.

Se decidió sobre la experiencia en el embarazo porque esta etapa también es parte de la motivación para la lactancia materna, debido a que dependiendo de todos los factores alrededor de este van a marcar una lactancia materna exitosa o el hecho del abandono temprano debido al importante valor psicológico que deja una buena atención durante el embarazo y todo alrededor de este.

4.3.1 Datos emergidos de la experiencia del embarazo en las mujeres rurales de Janitzio

a) Planeación del embarazo

MR1: *“Tuve nomás tres hijos, sí fueron planeados todos”*

MR5: *“Son dos cuatitas las que tengo, sí las quería”*

b) Número de embarazos

MR1: *“Nada más tres, la más grande lleva ya 32 años, la mamá de esta muchachita (señalando a una niña) y la otra lleva... (pensando), 29 y el muchacho lleva 27, 26 (resalto) porque el muchacho se lleva tres años con la muchacha la otra”*

MR2: *“No, no más tengo una, no pus ya está grande, ya tiene 26 años, 27 por ay”*

MR3: *“Diez, uh pues ya de tantos, ya ni me acuerdo las edades... (exclamó)”*

MR4: *“Dos, la mayor tiene 8 años y la chiquita tiene tres años”*

MR5: *“Son dos cuatitas las que tengo”*

MR6: *“Dos hijos, una tiene, ahorita va a cumplir 2 años y el otro apenas tiene tres meses”*

c) Tipo de parto

MR1: *“Mis partos fueron normales”*

MR6: *“Fue uno parto normal y el otro fue cesárea”*

d) Atención durante el embarazo

MR1: *“No yo casi no fui con el médico; no hasta que me aliviaba aquí, pus aquí nomas las puras parteras nos sobaban y ya pero ir ir con un doctor no; hay una clínica, pero ya son señoritas, señoras pues, pero creo que ya no atienden igual como le atendíanos antes con las parteras, yo eso digo porque pues, yo tengo dos muchachas, dos mujeres, pues ya se casaron pero a las dos les hicieron cesáreas, su mamá de ella (señalando a la niña que tenía a un lado), le hicieron cesárea, con ella y con el niño, la otra muchacha también se me caso, también le hicieron cesárea, y no yo... yo tuve tres, yo puro normal, aquí, aquí yo casi no fui a Pátzcuaro”*

MR3: *“Nada, hasta que los tenía”*

MR4: *“Si, en la clínica”*

MR5: *“Si, aquí y allá en Pátzcuaro”*

4.3.2 Datos emergidos de la experiencia del embarazo en las mujeres Urbanas de Morelia

a) Planeación del embarazo

MU1: *“Tuve cinco hijos y sí fueron planeados, bueno a veces, pues sí, unos sí, unos no la mera verda”*

MU2: *“Cuatro y la mera verdad no fueron planeados”*

MU4: *“Tuve uno, no porque realmente me embaracé sin planearlo”*

b) Número de embarazos

MU1: *“Cinco... (pensativa), actualmente tienen 34, 32, 25, 24 y 18 años”*

MU2: *“Cuatro, la más grande tiene 16, luego 12, 8 y la más pequeña 4”*

MU3: *“Uno, actualmente tiene 8 años”*

MU4: *“Uno, tiene 12 años amm (pensativa) si 12 ya va en la secundaria en primer año”*

MU5: *“Uno, tiene 8 años”*

c) Tipo de parto

MU1: *“Naturales”*

MU2: *“El primero fue cesárea, el segundo y el tercero fueron parto natural y la última cesaría nuevamente”*

MU3: *“Fue cesárea”*

MU4: *“Fue natural”*

MU5: *“Fue parto normal”*

d) Atención durante el embarazo

MU1: *“Sí, de todos con el ginecólogo”*

MU2: *“Sí, de la primera al ginecólogo en particular y de los últimos tres controles en el Seguro Social”*

MU3: *“Sí, al ginecólogo mes con mes”*

MU4: *“No, yo iba al consultorio del ginecólogo”*

2. La experiencia de la lactancia materna

La experiencia del embarazo nos permite indagar sobre la realidad que vivieron las mujeres del área rural de Janitzio y el área urbana de Morelia durante la práctica de la lactancia materna. Esta categoría se encuentra dividida en subcategorías que son las siguientes: a) Decisión de brindar lactancia materna, b) Duración de la lactancia materna, c) Problemas emergentes al brindar la lactancia materna d) Obtención del conocimiento sobre como brindar la lactancia materna e) Conocimiento sobre los beneficios de brindar la lactancia materna para los niños y las mujeres f) Experiencia de brindar la lactancia materna.

Se decidió abarcar desde la decisión de brindar la lactancia materna hasta la experiencia que es el tema más importante y de donde se realizara la comparativa de cómo vivieron la lactancia materna en las diferentes zonas.

4.3.3 Datos emergidos de la experiencia de la práctica de la lactancia materna en las mujeres rurales de Janitzio

a) Decisión de brindar lactancia materna

MR1: *“Sí, les di pecho”*

MR2: *“Ah no, no le di pecho a mi hijo”*

MR3: *“Sí, a todos”*

MR6: *“Sí, a los dos”*

b) Duración de la lactancia materna

MR1: *“A pus casi yo les di como un año” “no a la mamá de ella no le di mucho pecho”*

MR3: *“Mmmm... (pensativa), como 8 meses a cada uno”*

MR4: *“Este... año y medio a los dos”*

MR5: *“Ehh... (pensativa), dos años”*

MR6: *“A la más grande le di a los dos un año con tres meses y el chiquito apenas tiene tres meses y le sigo dando”*

c) Problemas emergentes al brindar la lactancia materna

MR1: *“No le di leche porque yo salíaba a comerciar, llevaba pescado para vender, se lo dejé a mi mamá y mi mamá lo creció”*

MR2: *“Ah pus no tenía leche”*

d) Obtención del conocimiento sobre la lactancia materna y como brindarla

MR1: *“Mi suegra (suspiro)... si, si, si pus uno se casa sin saber uno que vamos a hacer o que... o en que vamos ¿Cómo le dijera? (pensando) o en que nos iban a ocupar nuestros esposos, pus uno se casa con los ojos cerrados, ya cuando se va pus, ya ni modo de rechazarnos pus no”*

MR3: *“Pus... (risas al fondo), mi madre pues ese es lo que daba, dale pecho para que no le des teta, porque antes no había biberón, por eso puro teta”*

MR4: *“Este... en parte las enfermeras de la clínica, si este... pues yo solita nada más”*

MR5: *“Ehh... (pensando), pus mi mamá”*

MR6: *“Mi suegra”*

e) Conocimiento sobre los beneficios de brindar lactancia materna para los niños y las mujeres

MR1: *“Pus para que crecieran, para que se... ¿cómo le digiera? (pensando)... mmm... para que se iba a ayudar a su cuerpo”*

MR4: *“Pues un beneficio para que no se enfermen tanto y pues una parte para nosotras, para que no nos agarre cáncer de mama”*

MR5: *“Les ayudó al crecimiento y el fortalecimiento, que casi no se me han enfermado”*

MR6: *“Pus es buena nutrición la lactancia materna, dicen que es para que nazcan sanamente”*

f) Experiencia de brindar lactancia materna

MR1: *“Si bonito, bonito, pus uno, aunque el pecho le duele pa’ darles, si le dábamos pues, yo si le di pecho, tres tengo, no les di bibi puro pecho, sentí nada más bonito”*

MR2: *“Pus, aunque quisiera no se pudo, y pus teníamos que comprarle de ese de bote, leche de bote”*

MR3: *“Pus nada”*

MR4: *“Pues bien, porque a la vez tiene uno el contacto y el cariño con el hijo y una de mamá”*

MR5: *“Nomás la satisfacción de haberles dado; pus emoción, no sé, felicidad de poderles dar porque hay muchos que no pueden darles”*

MR6: *“Mmmm... una emoción de darles, nada más es lo único que siento”*

4.3.4 Datos emergidos de la experiencia de la práctica de la lactancia materna en las mujeres urbanas de Morelia

a) Decisión de brindar lactancia materna

MU1: *“Bueno a todos intenté, pero no pude con los últimos”*

MU2: *“No, no lacté a todos”*

MU3: *“No”*

MU4: *“Si”*

MU5: "Sí"

b) Duración de la lactancia materna

MU1: *"Bueno... (pensativa), al mayor; le estuve dando pecho dos años; al segundo también dos años; al tercero, este (pensando), como tres meses o cuatro, porque luego ya estaba embarazada de la cuarta, y luego este... en la cuarta no le di porque se quedó internada y se me secó la leche, se quedó internada un mes, y se me seco la leche, aunque yo me la estaba este... (pensando), me la sacaba con un tira leche pero no era suficiente, y el último tampoco no le di porque también se quedó internado como pasadito del mes"*

MU2: *"No, bueno a la más grande le di 3 meses, al que le sigue dos, y a las últimas ya no les di"*

MU4: *"Le di aproximadamente tres meses únicamente"*

MU5: *"Le di aproximadamente como 6 meses, pero lo mezclaba con leche de fórmula"*

c) Problemas emergentes al brindar la lactancia materna

MU1: *"En la cuarta no le di porque se quedó internada y se me seco la leche, se quedó internada un mes, y se me secó la leche, aunque yo me la estaba este... (pensando), me la sacaba con un tira leche, pero no era suficiente, y el último tampoco no le di porque también se quedó internado como pasadito del mes"*

MU2: *"Sí, me dolían los pechos muy feo por eso dejaba de lactar"*

MU3: *"Sí, me dolían los pechos al lactar, sentía que la niña me mordía a pesar de no tener dientes"*

MU4: *"Me molestaba un poco en los pechos"*

MU5: *"No, ningún problema"*

d) Obtención del conocimiento sobre la lactancia materna y como brindarla

MU1: *"Ay pues eso ya lo aprendimos de toda la vida, de las mamás, porque las mamás eran las que nos decían: "le tienes que dar de comer a tu criatura porque esto, porque lo otro"*

MU2: *"Mi mamá de la primera, y ya después en el seguro en las pláticas las enfermeras nos decían como hacerle"*

MU3: *“Mi mamá, ella me decía como hacerle además de los consejos de mi tía y hermana que ya habían tenido hijos”*

MU4: *“Mi suegra”*

MU5: *“Mi mamá y mi suegra”*

e) Conocimiento sobre los beneficios de brindar lactancia materna para los niños y las mujeres

MU1: *“Pues mucho porque, aparte de que te motivan a estarlos acariciando, estarlos tocando, ¡ay sí bien bonito! (exclamó)*

Investigadora: *¿Pero qué beneficios para ellos?*

MU1: *“¡Ah! ¿Para ellos? pues que no se enfermaran tan seguido, que no fueran unas personas tan enfermizas en sí, fueron sanos”.*

Investigadora: *¿Y a ti crees que te ayudó en algo?*

MU1: *“Pues no subía tanto de peso (exclamo con risas, no,no, subía yo tanto de peso cuando amamantaba yo a mis hijos, además bueno se decía que cuando uno amamantaba a los hijos no salías embarazada tan rápidamente, como cuando no te cuidabas con nada ¡y sí!, bueno al menos en mí sí me surgió efecto porque de mi hijo el mayor al segundo yo nunca tome nada en los dos años ni me cuide con nada, en los dos años que estuve amamantándolo no me cuidé con nada y le quite el pecho y al mes siguiente me embaracé, y del segundo al tercero ya use el dispositivo”.*

MU2: *“Pues para que no se enfermen tanto”*

Investigadora: *¿Y a ti crees que te ayudó en algo?*

MU2: *“Pues las enfermeras en las pláticas nos comentaban que nos ayudaba a prevenir el cáncer de mama”.*

MU3: *“Pues les ayuda al crecimiento adecuado y para que no se enfermen con demasiada frecuencia”*

Investigadora: *¿Y a ti crees que te ayudó en algo?*

MU3: *“Pues de cierta manera sí, el ginecólogo me comentó que sirve para prevenir cáncer de mama”.*

MU4: *“El poco tiempo que le di no se enfermó y ese tiempo sentí que creció demasiado rápido”*

Investigadora: *¿Y a ti crees que te ayudó en algo?*

MU4: *“Realmente no sé”.*

MU5: *“Pues el pediatra nos comentó aparte de los beneficios físicos que tiene para el niño que creciera que no se enferme demasiado, mencionaba que era importante darle pecho porque se fomentaba cierta como conexión emocional con el niño”*

Investigadora: *¿Y a ti crees que te ayudó en algo?*

MU5: *“Es como un método preventivo para el cáncer de mama”.*

f) Experiencia de brindar lactancia materna

MU1: *“Mmm... (pensativa), no pues fue igual, porque pues finalmente la ternura, la que te inspira el bebé, yo sentía bonito darles de comer, y cada de que me los pegaba este... pues no sentía bonito, bueno en los tres últimos por decir en el caso del tercero, al tercero si le di también, pero también poquito porque ya estaba embarazada de la otra niña, pero de alguna manera lo disfruté porque fueron tres cuatro meses le di y pus si de alguna manera sentí la misma emoción, sentí mal cuando a la cuarta no le di nada porque ella se quedó internada más del mes aunque yo iba a la clínica a darle de comer porque sí me decía el médico que fuera para que me la pegara, para que no se me secara la leche pero aun así no fue suficiente de todas maneras, pero claro yo aprovechaba los momentos que tenía para con ella, para acercármela pues, pero era bonito, era bonito, son emociones mmm... (pensativa), de algunas igual de otras es diferente pero, sí, finalmente y en el último ese si no pude darle nada porque ahí si no podía entrar a darle yo solo de vez en cuando ¡ay no! Si me deprimía mucho por no haberle dado”.*

MU2: *“La verdad fue una experiencia que no me gustó mucho, en la primera me lastimaba mucho y me dolía, en el segundo igual y ya de las ultimas debido a como me dolió con los pasados ya no les di”*

MU3: *“Pues la experiencia no fue muy buena, aunque la leche de uno es lo mejor para nuestros hijos, pero al ver que mi leche le causaba cierto daño no me gustó el*

haberle dado por que veía cómo se ponía mi bebé debido a que mi leche no fue la adecuada para ella”.

MU4: “Sentía bonito, pero de cierta manera siento que no experimenté o no aproveché de una manera más consiente debido a la edad que tuve al niño estaba muy chica y apenas entendía todo realmente”

MU5: “La verdad que sí sentí esa conexión o ese vínculo que me mencionaba el pediatra porque a mí el poco tiempo que le di me sentía feliz y ese contacto que tenía con él me hacía sentir tranquila porque sabía que lo estaba cuidando directamente, que mi hijo se veía tranquilo en mis brazos y además pues sí, sí fue algo bonito es algo que solo tienes la oportunidad de como madre hacerlo ya que eso es algo único entre el bebé y la mamá y pues a pesar de que su papá le daba de comer siento que no es lo mismo, esa conexión es única entre los dos”.

V. DISCUSIÓN

En este capítulo se abordará la discusión de los resultados obtenidos y compararlos principalmente dentro de ambos grupos estudiados en las entrevistas con las mujeres del área rural de Janitzio y el área urbana de Morelia y además con otras investigaciones realizadas, para así unificarlos y crear un conocimiento sólido y proponer proyectos en pro de la lactancia materna y evitar su abandono temprano.

En este estudio se da a conocer la experiencia de la práctica de la lactancia materna desde un punto íntimo de cada una de las madres donde incluso fue difícil dentro de los grupos estudiados obtener la información en especial en las mujeres del área rural de Janitzio.

En el análisis de la información obtenida se identificarán dos principales categorías la experiencia del embarazo y la experiencia de la lactancia materna, que sirvieron para construir el relato alrededor de la lactancia materna y la experiencia que dejó la misma en cada una de las mujeres entrevistadas.

La construcción de la experiencia de la lactancia materna es un proceso complejo ya que depende no únicamente de factores propios de cada persona, en este caso de cada una de las mujeres entrevistadas, si no de dónde se desarrolle y como se desarrolle este proceso. Las acciones realizadas por los individuos van a tener una composición extraída de su propia realidad y de la realidad que viven como actores de la sociedad, y la construcción de la experiencia en lactancia materna es reflejo de este dúo de realidad propia y de la realidad en la que se vive, (Daza, 2014).

De acuerdo a la categoría de experiencia del embarazo se encontraron las siguientes subcategorías; en cuanto a la planeación del embarazo las mujeres del área rural de Janitzio mencionaban que todos sus embarazos fueron planeados; MR1: *“Tuve nomás tres hijos, sí fueron planeados todos”* a comparación de las mujeres del área urbana de Morelia donde algunas de las mujeres entrevistadas mencionaron que no todos sus embarazos fueron planeados; MU1: *“Tuve cinco hijos y sí fueron planeados, bueno a veces, pues si, unos si, unos no la mera verda”*; MU2: *“Cuatro y la mera verdad no fueron planeados”*. La experiencia de la propia

planeación del embarazo puede que sea un factor que influya en el hecho de lactar o no lactar o la duración de la lactancia. De acuerdo al estudio de Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia menciona que se identificó además que se tiene una proyección, o una idea preconcebida del acto de lactar, la mujer se prepara y logra desarrollar una mejor experiencia: “Si las mujeres no planean la lactancia, es difícil la experiencia, la lactancia debe anhelarse” (AL 19 años), (Daza, 2014). Por lo tanto, de cierta manera influye la planeación de un embarazo ya que se lleva previamente una planeación y preparación para la maternidad cuando se tiene planeado.

De acuerdo al número de embarazos dentro de los dos grupos no se encontró una diferencia que marcara notablemente el número de embarazos entre las mujeres estudiadas de diferentes zonas, ya que en mujeres tanto del área rural de Janitzio había mujeres con embarazos múltiples; MR1: *“Nada más tres, la más grande lleva ya 32 años, la mamá de esta muchachita (señalando a una niña) y la otra lleva... (pensando), 29 y el muchacho lleva 27, 26 (resalto) porque el muchacho se lleva tres años con la muchacha la otra”*; MR3: *“Diez, uh pues ya de tantos, ya ni me acuerdo las edades... (exclamó)”* y de la misma manera en las mujeres del área urbana de Morelia; MU1: *“Cinco... (pensativa), actualmente tienen 34, 32, 25, 24 y 18 años”*; MU4: *“Uno, tiene 12 años amm (pensativa) sí 12, ya va en la secundaria en primer año”*.

En el tipo de parto de igual manera no se encontró una diferencia que marcara notablemente entre ambas áreas, un tipo de parto específico en cada una no se encontró, ya que a pesar de que el área de Janitzio se encuentre en una isla se realiza el traslado de la mujer en trabajo de parto a la zona de Pátzcuaro para su atención en el hospital regional de la zona y debido a esto puede variar entre un parto normal o una cesárea; MR1: *“Mis partos fueron normales”* MR6: *“Fue uno parto normal y el otro fue cesárea”* y en el área urbana de Morelia de igual manera variaba de acuerdo a la atención que se requiriera en el momento; MU1: *“Naturales”*; MU2: *“El primero fue cesárea, el segundo y el tercero fueron parto natural y la última cesáreanuevamente”*. El hecho del tipo de parto no se considera como factor que influya directamente a brindar lactancia materna o el tiempo en la que ésta se brinda, quizá el simple hecho de tener contacto con el recién nacido al nacer sí influye de cierto modo a brindar lactancia materna ya que en la mayoría de las estancias

hospitalarias públicas el alojamiento conjunto no se da inmediatamente hasta que las usuarias pasan a la zona de hospitalización y quizá el hecho de falta de contacto inmediato puede ser un factor para lactar posteriormente.

En la atención durante, el embarazo sí se encontró diferencia en las dos áreas estudiadas el control iba o fue incluso por parteras tradicionales como en el área rural de Janitzio; MR1: *“No yo casi no fui con el médico; no hasta que me aliviaba aquí, pus aquí nomás las puras parteras nos sobaban y ya, pero ir ir con un doctor no; hay una clínica, pero ya son señoritas, señoras pues, pero creo que ya no atienden igual como le atendíanos antes con las parteras, yo eso digo porque pues, yo tengo dos muchachas, dos mujeres, pues ya se casaron pero a las dos les hicieron cesáreas, su mamá de ella (señalando a la niña que tenía a un lado), le hicieron cesárea, con ella y con el niño, la otra muchacha también se me casó, también le hicieron cesárea, y no, yo... yo tuve tres, yo puro normal, aquí, aquí yo casi no fui a Pátzcuaro”* o en la clínica rural del área o en el hospital; MR4: *“Sí, en la clínica”* MR5: *“Sí, aquí y allá en Pátzcuaro”* o incluso una atención nula ya que la mujer iba únicamente a la atención ya hasta el momento de dar a luz; MR3: *“Nada, hasta que los tenía”*. En cambio, en el área urbana de Morelia se encontró que la atención iba directamente en los hospitales o en privado con el médico ginecólogo en su ginecólogo; MU2: *“Sí, de la primera al ginecólogo en particular y de los últimos tres control en el Seguro Social”* MU3: *“Sí, al ginecólogo mes con mes”*.

De acuerdo a la categoría de la experiencia de la lactancia materna se analizaron las siguientes subcategorías: respecto a la decisión de brindar una lactancia materna en las dos áreas estudiadas se encontraron respuestas similares brindadas por las mujeres entrevistadas, unas donde sí les dieron y otras que no; realmente no se encontró algo significativo que marcara una diferencia importante al momento de la decisión de brindar una lactancia materna y la experiencia de la misma; MR1: *“Sí, les di pecho”* MR2: *“Ah no, no le di pecho a mi hijo”*; MU1: *“Bueno a todos intente, pero no pude con los últimos”*; MU2: *“No, no lacté a todos”*.

En cuanto al tiempo de duración de la lactancia materna se observó que, en el área rural, la duración de la lactancia materna es más prolongada en general y en comparación con el área urbana de Morelia; esto es diferente a lo que señala la encuesta Nacional de Nutrición y Salud donde la duración de la lactancia materna en

México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El resto de indicadores de lactancia materna indican un franco deterioro de la lactancia materna. El porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en el medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumento el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua, (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012). Notablemente en la investigación se observa que a pesar de lo mencionado en el estudio la duración de la lactancia materna sigue siendo de mayor duración en el área rural; MR4: *“Este... año y medio a los dos”*; MR6: *“A la más grande le di a los dos un año con tres meses y el chiquito apenas tiene tres meses y le sigo dando”*; a comparación de lo que mencionan las mujeres del área urbana de Morelia; MU2: *“No, bueno a la más grande le di 3 meses, al que le sigue dos, y a las ultimas ya no les di”*; MU4: *“Le di aproximadamente tres meses únicamente”*.

En la subcategoría de los problemas emergentes al brindar la lactancia materna, los problemas más comunes encontrados en las dos áreas estudiadas son problemas físicos de la madre, problemas al nacimiento del lactante y problemas por la necesidad de trabajar y no tener el tiempo suficiente para brindar una lactancia materna exclusiva. En las mujeres entrevistadas del área rural de Janitzio el principal problema fue la necesidad de trabajar o que no producían leche; MR1: *“No le di leche porque yo salíaba a comerciar, llevaba pescado para vender, se lo dejé a mi mamá y mi mamá lo creció”*; MR2: *“Ah pus no tenía leche”*; y en las mujeres del área urbana en Morelia el principal problema fue físico ya que de las cinco mujeres entrevistadas tres mencionaron dolor en sus pechos al momento de lactar: MU1: *“En la cuarta no le di porque se quedó internada y se me secó la leche, se quedó internada un mes, y se me secó la leche, aunque yo me la estaba este... (pensando), me la sacaba con un tira leche pero no era suficiente, y el último tampoco no le di porque también se quedó internado como pasadito del mes”*; MU2: *“Sí me dolían los pechos muy feo por eso dejaba de lactar”*; MU3: *“Sí me dolían los pechos al lactar, sentía que la niña me mordía a pesar de no tener dientes”*. De igual manera se encontró que en el estudio de Experiencias sobre lactancia materna en

una población de madres de Bogotá, Colombia, mencionan que existen aspectos negativos relacionados con la lactancia materna, en su mayoría con experiencias de dolor, desagrado, malestar: “Los senos duelen cuando se llenan de leche, empiezan a sudar y uno siente cómo se le va mojando la camisa” Cara de desagrado (NJT 25 años). Se halló además que estos aspectos desagradables se superan o se aceptan y en la gran mayoría no fueron razón para terminar la LM: “duele, pero toca amañarse y ya” (Daza, 2014). Esto ayuda a entender que la experiencia de la lactancia materna no siempre es agradable y que la primera experiencia que tenga la mujer con su hijo va a marcar una diferencia de si continuar la lactancia materna con el mismo hijo o con los hijos posteriores.

En cuanto a la obtención del conocimiento sobre la lactancia materna y cómo brindarla se encontró que la asesoría es en conjunto de lo científico por parte de los profesionales de la salud como médicos y enfermeras, y tradicional ya que la mayoría de las mujeres fueron asesoradas o aconsejadas por aquellas mujeres más allegadas como su madre, suegra o hermanas que ya habían tenido la experiencia de brindar una lactancia materna: MR1: *“Mi suegra (suspiro)... sí, sí, sí pus uno se casa sin saber uno qué vamos a hacer o qué... o en que vamos ¿Cómo le dijera? (pensando) o en que nos iban a ocupar nuestros esposos, pus uno se casa con los ojos cerrados, ya cuando se va pus, ya ni modo de rechazarnos pus no”*; MR3: *“Pus... (risas al fondo), mi madre pues ese es lo que daba, dale pecho para que no le des teta, porque antes no había biberón, por eso puro teta”*; MR4: *“Este... en parte las enfermeras de la clínica, si este... pues yo solita nada más”*; MR5: *“Ehh... (pensando), pus mi mamá”*; MU1: *“Ay pues eso ya lo aprendimos de toda la vida, de las mamas, porque las mamas eran las que nos decían: “le tienes que dar de comer a tu criatura porque esto, porque lo otro”*; MU2: *“Mi mamá de la primera, y ya después en el seguro en las pláticas las enfermeras nos decían como hacerle”*; MU3: *“Mi mamá, ella me decía como hacerle además de los consejos de mi tía y hermana que ya habían tenido hijos”*; MU1: *“Ay pues eso ya lo aprendimos de toda la vida, de las mamás, porque las mamás eran las que nos decían: “le tienes que dar de comer a tu criatura porque esto, porque lo otro”*; MU2: *“Mi mamá de la primera, y ya después en el seguro en las pláticas las enfermeras nos decían cómo hacerle”*; MU3: *“Mi mamá, ella me decía cómo hacerle además de los consejos de mi tía y hermana que ya habían tenido hijos”*. Esto es igual al estudio Experiencias sobre

lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia, donde menciona que el proceso de aprendizaje de estas madres tuvo una mezcla entre lo científico (que enseña el personal de salud) y lo tradicional (enseñado por sus propias madres), sin ser contradictorios el uno con el otro. “Yo creo que produzco tanta leche por todo lo que me cuidó mi mamá en la dieta” (NJT 25 años). Hubo costumbres similares en los tres grupos, como el uso de leche con *hinojo*, leche con *ruda* y bebidas en base de *malta*, usados para aumentar la producción de leche. Por otro lado, se identificaron acciones y *mitos* que tenían las madres para evitar que se “seca” la leche, como usar ropa oscura y apretada, evitar acercarse a estufas o fogones. También el uso de aceite de almendras y baños con la propia leche para curar las fisuras. En cuanto al conocimiento dado por el personal de salud, se encontraron conceptos adecuados y útiles a la hora de solucionar problemas: “fue difícil lactar al principio por dolor, las doctoras me insistían porque esa leche amarilla que se llama calostro que sale al principio, es lo que más necesitan los niños, no se puede desperdiciar” (AL 18 años) (Daza, 2014). He aquí la importancia de encontrar un equilibrio entre el conocimiento que se brinda a las mujeres por parte de los profesionales de la salud donde no se desmientan aquellas creencias que se tienen o que reciben las mujeres cuando son aconsejadas al momento de brindar una lactancia materna, al contrario esos consejos tomarlos, explicarlos y decir el motivo del porqué sí son efectivos y aquellos que puedan causar daño a las madres o al lactante, explicar el motivo por el cual no deben ser realizados pero sin crear controversia a la hora de desmentir o informar porque no es bueno el consejo recibido de la mujer por parte de la mujer cuidadora de ésta.

Respecto a los conocimientos sobre los beneficios de brindar lactancia materna a los niños y a las mujeres, conocimiento está más enfocado a que la lactancia materna es más benéfica para el lactante, ya que les ayuda en el crecimiento y fortalecimiento, y algunas de las mujeres sí tienen noción de que la lactancia materna les ayuda a la prevención de cáncer de mama: MR1: “*Pus para que crecieran, para que se... ¿cómo le digiera? (pensando)... mmm... para que se iba a ayudar a su cuerpo*”; MR4: “*Pues un beneficio para que no se enfermen tanto y pues una parte para nosotras, para que no nos agarre cáncer de mama*”; MR5: “*Les ayudó al crecimiento y el fortalecimiento, que casi no se me han enfermado*” y las mujeres del área urbana de Morelia MU1: “*¡Ah! ¿Para ellos? pues que no se*

enfermaran tan seguido, que no fueran unas personas tan enfermizas en sí, fueron sanos". Investigadora: ¿Y a ti crees que te ayudó en algo? MU1: "Pues no subía tanto de peso (exclamó con risas), no, no, subía yo tanto de peso cuando amamantaba yo a mis hijos, además bueno se decía que cuando uno amamantaba a los hijos no salías embarazada tan rápidamente, como cuando no te cuidabas con nada ¡y sí!, bueno al menos en mi si me surgió efecto, porque de mi hijo el mayor al segundo yo nunca tomé nada en los dos años ni me cuidé con nada, en los dos años que estuve amamantándolo no me cuidé con nada y le quité el pecho y al mes siguiente me embaracé, y del segundo al tercero ya usé el dispositivo"; MU2: "Pues para que no se enfermen tanto" Investigadora: ¿Y a ti crees que te ayudó en algo?, MU2: "Pues las enfermeras en las pláticas nos comentaban que nos ayudaba a prevenir el cáncer de mama".

La experiencia de brindar una lactancia materna es diferente la que vivió la mujer del área rural de Janitzio a comparación de la mujer del área urbana de Morelia; principalmente la mujer del área rural refirió sentir satisfacción, bonito, sentir ese cariño con el hijo debido al contacto que se tenía y cierta emoción; MR1: *"Si bonito, bonito, pus uno aunque el pecho le duele pa' darles, si le dábamos pues, yo si le di pecho, tres tengo, no les di bibi puro pecho, sentí nada más bonito";* MR5: *"Nomás la satisfacción de haberles dado; pus emoción, no sé, felicidad de poderles dar porque hay muchos que no pueden darles";* MR6: *"Mmmm... una emoción de darles, nada más es lo único que siento".* Solo hubo dos mujeres que refirieron no sentir nada o que se conformaron de no poder brindar una lactancia materna aunque hubieran querido; MR2: *"Pus aunque quisiera no se pudo, y pus teníamos que comprarle de ese de bote, leche de bote";* solo hubo una mujer que simplemente refirió no sentir nada; MR3: *"Pus nada";* u otra mujer que simplemente se conformó debido a que no pudo brindarle lactancia materna y accedió directamente a la leche de formula; MR2: *"Pus aunque quisiera no se pudo, y pus teníamos que comprarle de ese de bote, leche de bote".* La experiencia que vivió la mujer del área rural es mas allá de solo alimentar al hijo y ya, ya que ellas tuvieron en la mayoría una experiencia buena o satisfactoria. En cambio la mujer del área urbana de Morelia solo una mujer de las entrevistadas tuvo una experiencia buena, manifestando emoción, disfrute con los primeros hijos esa experiencia buena marca una diferencia importante ya que a los últimos hijos no pudo darles como ella desearía ya que

debido a enfermedad del recién nacido y refiere que se sintió deprimida por no poder haberles dado a comparación de los más grandes; MU1: *“Mmm... (pensativa), no pues fue igual, porque pues finalmente la ternura, la que te inspira el bebé, yo sentía bonito darles de comer, y cada de que me los pegaba este... pues no sentía bonito, bueno en los tres últimos por decir en el caso del tercero, al tercero si le di también, pero también poquito porque ya estaba embarazada de la otra niña, pero de alguna manera lo disfruté porque fueron tres cuatro meses le di y pus si de alguna manera sentí la misma emoción, sentí mal cuando a la cuarta no le di nada porque ella se quedó internada más del mes aunque yo iba a la clínica a darle de comer porque si me decía el médico que fuera para que me la pegara, para que no se me secase la leche pero aun así no fue suficiente de todas maneras, pero claro yo aprovechaba los momentos que tenía para con ella, para acercármela pues, pero era bonito, era bonito, son emociones mmm... (pensativa), de algunas igual de otras es diferente pero, si, finalmente y en el último ese si no pude darle nada porque ahí si no podía entrar a darle yo solo de vez en cuando ¡ay no! Si me deprimía mucho por no haberle dado”*. Posteriormente las demás mujeres mencionan que no fue una experiencia buena de no mucho agrado que incluso fue decisivo para no darle a los siguientes hijos; MU2: *“La verdad fue una experiencia que no me gustó mucho, en la primera me lastimaba mucho y me dolía en el segundo igual y ya de las ultimas debido a como me dolió con los pasados ya no les di”*, esto a igual que el estudio de Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia donde una de las madres se encontró una ausencia de planeación o deseo de lactar *“.. a mí nunca me llamó la atención eso de darle leche a mi hijo..... cuando medio le gustó (la leche materna) ya estaba muy viejo y pues ya qué”*. (LSC 20 años), (Daza, 2014), simplemente la mujer debido a experiencias anteriores decide no lactar o simplemente desde un principio lo decide marcando ninguna diferencia el darle o no al igual de aquellos aspectos negativos son pauta para continuar o no con la lactancia materna como en el mismo estudio de Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia mencionan existen aspectos negativos relacionados con la LM, en su mayoría con experiencias de dolor, desagrado, malestar: *“Los senos duelen cuando se llenan de leche, empiezan a sudar y uno siente como se le va mojando la camisa” Cara de desagrado* (NJT 25 años). Se halló además que estos aspectos desagradables se

superan o se aceptan y en la gran mayoría no fueron razón para terminar la LM: “duele, pero toca amañarse y ya” (LAP 36 años) (Daza, 2014).

Por otro lado una de las mujeres entrevistadas menciona que no sintió que no experimento una lactancia más consiente debido a la edad en la que vivió su lactancia materna; MU4: *“Sentía bonito pero de cierta manera siento que no experimente o no aproveche de una manera más consiente debido a la edad que tuve al niño estaba muy chica y apenas entendía todo realmente”*, esto puede decir que la edad es importante para planear una lactancia materna de una mejor manera ya que la madures sí influye de cierta manera para una experiencia agradable de acuerdo al estudio Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia donde se identificó además que se tiene una proyección, o una idea preconcebida del acto de lactar, la mujer se prepara y logra desarrollar una mejor experiencia: “Si las mujeres no planean la lactancia, es difícil la experiencia, la lactancia debe anhelarse” (AL 19 años) (Daza, 2014). Por otro lado otra de las mujeres entrevistadas se decepciono de sí misma debido a que su leche le hacía mal a su bebe expresando una mala experiencia; MU3: *“Pues la experiencia no fue muy buena, aunque la leche de uno es lo mejor para nuestros hijos pero al ver que mi leche le causaba cierto daño no me gusto el haberle dado por que veía como se ponía mi bebé debido a que mi leche no fue la adecuada para ella”*, el hecho de que sientan que su leche les cause problemas o que al brindar una lactancia para ellos les cause cierta inseguridad a ellas como madres como otro resultado encontrado en el estudio Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia fue que el temor experimentado con las madres se relacionaba con la inseguridad que sentían con el acto de lactar, que de alguna forma pudiesen lesionar o maltratar a sus hijos: “.... conocía muchos riesgos referente a la lactancia, la experiencia de amantarla a ella fue una combinación del gusto y a la vez el susto que le fuera a pasar algo” (AEC 32 años), (Daza, 2014). Y finalmente solamente una mujer mencionó haber sentido un vínculo emocional con el hijo debido al contacto que sentía al brindarle una lactancia materna, tranquilidad debido a que sí pudo alimentar a su hijo; MU5: *“La verdad que sí sentí esa conexión o ese vínculo que me mencionaba el pediatra, porque a mí el poco tiempo que le di me sentía feliz y ese contacto que tenía con él me hacía sentir tranquila porque sabía que lo estaba cuidando directamente, que mi hijo se veía tranquilo en mis brazos y además pues sí, sí fue algo bonito, es algo que solo tienes la oportunidad*

de cómo madre hacerlo ya que eso es algo único entre el bebé y la mamá y pues a pesar de que su papa le daba de comer, siento que no es lo mismo, esa conexión es única entre los dos". En ambas áreas se encontraron experiencias completamente diferentes, pero donde sí hubo más experiencias de desagrado fue con las mujeres del área urbana de Morelia.

VI. CONCLUSION

La lactancia materna no es únicamente una acción que se deba ver como algo en cifras, algo cuantitativo de cuántas mujeres embarazadas brindan o no lactancia materna. Claro que es importante saber la duración y el hecho de que se brinde lactancia materna, pero esta acción se debe analizar de una manera más profunda, analizar los motivos por los cuales las mujeres están dejando de lactar o qué experiencias les está dejando la lactancia materna para que no prolonguen su duración o para que en los siguientes embarazos decidan simplemente no brindarla y así poder crear alternativas factibles.

La lactancia materna no es algo que se da únicamente en algunos lugares o áreas, es algo global, un modo de subsistencia ancestral que se lleva de diferentes maneras y analizando dos áreas culturalmente diferentes se puede ver el valor y la importancia que le dan en cada área a esta práctica, y la forma en la que la mujer lactante se desenvuelve o cómo la lleva a cabo.

La lactancia materna es un conocimiento transgeneracional que se transmite de mujer en mujer; antes únicamente era un conocimiento transmitido de esa manera, pero actualmente también durante el embarazo y la atención que se tiene del mismo ya que se está capacitando a la mujer a brindar lactancia materna y cómo hacerlo de una manera más científica. Es aquí donde se unen conocimientos tradicionales y conocimientos científicos que cuando se unifican, se apoyan unos con otros y pueden crear un solo conocimiento que llevándose de una manera adecuada puede así evitar su abandono temprano.

La lactancia materna ofrece una experiencia ya sea buena o mala; cada experiencia dependerá de varios tales como: la planeación del embarazo, la atención alrededor del embarazo o atención prenatal, la atención durante el parto, la edad en la que se vivió el embarazo, el conocimiento que se obtenga sobre la lactancia materna ya sea brindado por el personal de salud o que se obtiene de forma tradicional por familiares y la experiencia que deje la lactancia materna para brindar una lactancia materna posterior al siguiente hijo.

Analizando las dos áreas estudiadas las mujeres del área rural de Janitzio notablemente consideran la lactancia materna como un método de alimentación y nutrición; su experiencia la mayoría de las veces es buena debido a que tradicionalmente se les prepara desde el momento del embarazo o se les aconseja por mujeres ya experimentadas sobre que es lo que van a hacer y cómo lo van a hacer. Se les enseña que a pesar de la molestia o la incomodidad que ésta cause, se debe brindar una lactancia materna porque, además, esto siempre dejará algo bueno para ellas. El sentimiento que ellas experimentan casi siempre fue bueno, lo resumen como algo bonito, algo que por razones se debe hacer quieran o no. Es algo más que la necesidad de experimentar un vínculo con el lactante, es tomado como una obligación de madre al tenerlo.

En cambio, las mujeres del área urbana a pesar de que fueron atendidas más por profesionales del área de la salud, como médicos ginecólogos y enfermeras, tuvieron experiencias no tan favorecedoras en la lactancia materna. La mujer del área urbana de cierta manera su afección por no brindar una lactancia materna no le preocupa tanto debido al fácil acceso a la información sobre la alimentación artificial, la facilidad que tienen para el acceso a las fórmulas les quita esa “preocupación” por alimentarlos de cierta manera de una forma exclusiva. Ellas no valoran tanto la lactancia materna como una forma de subsistencia única para su lactante, pero al contrario de la mujer del área rural, la mujer del área urbana si considera o cree que al brindar la lactancia materna crean un vínculo que va más allá de un acto de nutrición si no de amor mutuo y mayor apego.

VII. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos y analizando ambas áreas estudiadas, principalmente se puede recomendar de acuerdo a las cosas buenas que se encontraron en cada área lo siguiente:

Se sugiere que el personal del área de la salud que atiende a las mujeres embarazadas en cualquier área conozca las costumbres y tradiciones que tienen las mujeres alrededor del embarazo, parto y puerperio, porque al conocer estas acciones que las mujeres realizan, analizar y estudiar que si tiene un beneficio funcional para la mujer y que no, así unificar en un solo conocimiento y poder compartirlo con ellas de una manera que puedan llevarlo a cabo de la mejor forma y que lo lleven pero con el conocimiento de cómo funciona realmente las acciones que realizan de manera científica y no contradecir a las mujeres, y en las acciones que científicamente no proporcionen un beneficio a la madre y al lactante hacerles saber de la mejor manera sin ofender.

El personal de enfermería debe de poner más énfasis en realizar estudios que unifiquen los cuidados culturales de las diferentes áreas geográficas en las que se desempeñe y aplicar los cuidados transculturales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez, P. M. (2013). *Proyecto Terminal Profesional: Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomas de Ajusco* (Tesis de maestría inédita). Instituto Nacional de Salud Pública.

Anónimo. Blog Cuestión de Método. *La saturación de la información*. Recuperado de: <https://claudiavallve.com/2013/07/18/la-saturacion-de-la-informacion/>

Asociación Española de Pediatría. (2004). 5ta edición. Madrid, Ergon. *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Recuperado de: <https://mairelactancia.files.wordpress.com/2011/05/lactancia-materna-guia-para-profesionales.pdf>

Asociación Española de Pediatría. (2009). 1era edición. España. *Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica*. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf

Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

Blázquez, M.J. (2000). *Ventajas de la lactancia materna*. *Medicina. Revista Naturista*. No. 1, 44-49.

Braschi, R. (2011). *Aspectos emocionales y psíquicos de la lactancia materna*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/74097009/Aspectos-Emocionales-y-Psiquicos-de-La-Lactancia-Materna>

Cáceres, P. (2003) *Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable*. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>

Cerano, D. (2013). *Jakajkukuecha, Creencias P'urhepecha. Cheranátzicurin, Michoacán*. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/107491/jakajkuechacreencias-purepecha.pdf>

Cerda, L. (2011). *Lactancia materna y gestión del cuidado*. *Revista Cubana de Enfermería*. 27(4), 327-336. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192011000400010&lng=es&tlng=es

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2010-2016). *Derechos humanos de niñas, niños y adolescentes*. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/Ninos_Derechos_Humanos

Daza, M. *Experiencias de Lactancia Materna en una Población de madres en Bogotá, Colombia*. (Tesis de Posgrado Inédita). Universidad Nacional de Colombia.

De la Flor, S., Hernández, A.B. (2013). *Plan de Cuidados de Enfermería estandarizados en la Lactancia Materna*. *Nure Investigación*. 10(62) pp 11. Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/6905/594>

Díaz, M.N. (2005). *¿En qué situaciones está contraindicada la leche materna?* *Acta Pediátrica Española*. 63: 321-327. Recuperado de: <https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/3642%20NUTRICION=EN.pdf>

Díaz, S., González, F., Acevedo, M., Barrios, S., (2013). *Características de la práctica de la lactancia materna en mujeres pertenecientes a una institución de salud en la ciudad de Cartagena*. Universidad de Cartagena. Facultad de Odontología Recuperado de: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2552/1/Informe%20Final.%20%20hipervinculos.Caracteristicas%20%20de%20la%20Practica%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>

Fernández, C.E., Garrido, F.J. Et all. (2015) *Guía de Lactancia Materna Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano Granada*.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *10 pasos para la lactancia materna eficaz*. Recuperado de: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2015). *El universal. La leche materna salva vidas. Suplemento especial. UNICEF MEXICO*. Recuperado de: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). (2017). *Lactancia Materna*. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>
- Fundación Mexicana de Apoyo Infantil A. C. SavetheChildren. (2013). *Lactancia Materna en México, Retos ante la inequidad*. 2da edición. México.
- García, R. (2011). *Composición e inmunología de la leche humana, México*. 32(4):223-230
- García, R. V., Luisa, E., Méndez, J., Névedy, T., Luis, A., Reyes, B., Diana, Y., (5). *Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014* *Nutrición Hospitalaria* 32. Recuperada de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309243321035>> ISSN 0212-1611
- Germán E., Silva Sarmiento. (2012). *Leche materna y lactancia siempre actual, pediatría, medicina interna pediátrica*. Núm. 3 Vol. 11, 1-20.
- Gobierno de Santiago de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. (2010) *Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud Resolución Exenta No 109*
- Gómez S. (2003). *La incorporación de la mujer al mercado laboral: Implicaciones personales, familiares y profesionales, y medidas estructurales de conciliación trabajo-familia*, Universidad de Navarra. Recuperado de: http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0270/Study_0019.pdf

- González, D. (2006). *Buscando un Modelo de Cuidados de Enfermería para un entorno Multicultural*, *Gaceta de Antropología* 22, artículo 32. Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
- Hernández, E. (septiembre 2008 a marzo 2009). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 1:6(15). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745761>
- Hernández, M.G. (2012). *Leche, vida y tradición. Lactancia materna en Cuentepec, Morelos*. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.
- Hospital Virgen de las Nieves. *Consejería de Salud. Servicio de Obstetricia y Ginecología*. Recuperado de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/tecnica_amamantamiento_correcto.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2016). *Censo de población. Programa IMSS prospera en Janitzio*.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Evidencia Para la política pública en salud*. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/BienestarInfantil.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición. Resultados por entidad Federativa, Michoacán*. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/Michoacan-OCT>.
- Lecumberri L., Jiménez T. (2000) *La lactancia materna el mejor comienzo. Aamagintza: Grupo de apoyo y lactancia y maternidad*. Gobierno de Navarra. Recuperado de: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47B9FE09-EAEE-464E-A219-8848C099F732/69013/Librolactancia1.pdf>
- Martin, R. *Análisis de Contenido. Estadística y Metodología de la Investigación*. Recuperado de: https://www.uclm.es/profesorado/raulmmartin/Estadistica_Comunicacion/AN%C3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf

- Mohamed, D.Alcolea, S. (2010) *Guía para una lactancia materna feliz*. Hospital Universitario de Ceuta. Madrid.
- Morán, MA. (2014) *Comparación de la situación de la lactancia materna entre España y Noruega*. (Tesis de Grado Inédita). Universidad de Valladolid. Recuperado de: (<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5026/1/TFG-M40.pdf>)
- Morillo, B., Montero, L. (2010) *Lactancia materna y relación materno fetal en madres adolescentes*. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*. No. 19. P 1-9. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion4.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-ssa2-2012. (2013) *Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación*. Recuperado de; http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Nuria, L. (1995). *La Mujer rural en México. Comité Nacional de la IV Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en septiembre en Beijín, China* Recuperado de: <http://www.pa.gob.mx/publica/pa070306.htm>
- Oyarce, A.M., Robotta, B., Pedrero, M. (2010) *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. Santiago de Chile. Recuperado de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/41668/lcw346.pdf>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/63.pdf>
- Robles, B. (2011). *La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico* Cuicuilco, Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México. Vol. 18, núm. 52, septiembre-diciembre, pp. 39-49
- Shellhorn, C., Valdes, V. (1995) *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Extraído y adaptado de *Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud*. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile.

- Trejo, F. (2012). *Fenomenología como un método de investigación. Una opción para el profesional de enfermería. Revistade Enfermería Neurológica México*.Vol. 11, No. 2: 98-101.
- Trujillo, J.I., Peñaranda, F., Otálvaro, J.C., Bastidas, M., Torres, J. (2015) *La lactancia materna como un fenómeno singular y Sociocultural surcado por diferencias y tensiones. Archivo venezolano de Puerperioy Pediatría*. vol.78 no.2.
- Valdez, V., Pérez, A. (1992). *Fisiología de la glándula mamaria y lactancia*.Recuperado de:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf>
- Vandale, S., Rivera, M.E., Kageyama, M. L., Tirado, L.L., López,M. (1997). *Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. Revista de Salud Pública México* Vol. 39(5):412-419
- Villanueva, P. (2013). *Retrocede en el País Lactancia Materna*. Recuperado de:<https://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/2623-indice-lactancia-materna-mexico-baja-79-puntos-porcentuales.html>

IX. ANEXOS Y APENDICES

9.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste la pasante de Enfermería Guadalupe Luviano Celaya egresada de la Facultad de Enfermería de Morelia Michoacán. Entiendo que la entrevista formará parte de un estudio cualitativo de la tesis que lleva por nombre: “Experiencias de la práctica de la Lactancia Materna en mujeres rurales de Janitzio y en mujeres urbanas de Morelia”. Con subvención de la titulación de la interesada.

Entiendo que seré entrevistada por conveniencia en las inmediaciones de las calles de Janitzio y Morelia Michoacán en horarios que me convengan. Se me harán preguntas acerca del número de hijos que tenga, si les he dado pecho a mis hijos y porque, que siento al darle pecho a mi hijo, que beneficio creo o conozco que tiene darle pecho a mi hijo, que beneficio cree o conozco que tiene para mí el darle pecho a mi hijo, cuanto tiempo le he dado pecho a mi hijo, porque deje de darle pecho a mis hijos en determinado momento, y en qué momento le incluí otros alimentos a mis hijos y porque. La entrevista durará aproximadamente de diez a quince minutos. También estoy enterada que la entrevista será para recabar información sobre la experiencia de la lactancia materna en las mujeres.

Entiendo que fui elegida para participar en este estudio al azar. En este momento fui reclutada para el estudio que será concluido hasta que la entrevistadora concluya la recolección de datos.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. También se me ha informado de que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehusó a responder alguna pregunta no se verá afectados los servicios que yo haya dado como información. Este estudio contribuirá a la recopilación de información acerca de la experiencia de la lactancia materna en las mujeres del área rural y del área urbana. Sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación. Entiendo que los resultados de la investigación no me serán proporcionados.

FECHA DE ENTREVISTA _____

FIRMA DEL ENTREVISTADO

9.2 GUIA DE PREGUNTAS

1. ¿Cuántos hijos tiene?
2. ¿Cómo fueron sus partos, “natural” o cesáreas?
3. ¿Tuvo control prenatal o alguien la estuvo revisando en sus embarazos?
4. ¿Sus fueron planeados?
5. ¿Qué edad tienen sus hijos actualmente?
6. ¿Lacto o les disto pecho a sus hijos?
7. ¿Cuánto tiempo lacto a cada uno de sus hijos?
8. ¿Tuvo problemas para lactar a sus hijos?
9. ¿Quién la enseñó o la motivó a lactar o quién te dijo cómo se hacía?
10. ¿Consumía alimentos específicos que le ayudaran a la producción de leche?
11. ¿Qué beneficios cree que tiene darles pecho a sus hijos?
12. ¿Para usted qué beneficios le brinda la lactancia materna?
13. ¿Cuál fue la experiencia de la lactancia materna con cada uno de sus hijos?, ¿Cómo lo viviste?, ¿Qué sentiste o sientes?

9.3 ENTREVISTAS COMPLETAS

ENTREVISTA NO. 1 MUJER RURAL DE JANITZIO

(Música purépecha de fondo)

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MR1: *“Nada más tres”*

Investigadora: ¡Tres! (Expresé)

Investigadora: ¿Sus partos fueron naturales?

MR1: *“Si normales”*

Investigadora: ¡Normales!

Investigadora: ¿Usted durante sus embarazos tuvo control con la partera o con el médico?

MR1: *“No, yo casi ni fui con el médico”*

Investigadora: ¿Nunca la checaron hasta que se alivió?

MR1: *“No, hasta que me alivia aquí, pus aquí nomas las puras parteras nos sobaban y ya, pero ir ir con un doctor no”*

Investigadora: ¿Y todavía lo siguen haciendo las parteras?

MR1: *“No, ya no, ya se murieron las parteras”*

Investigadora: ¿Ya no hay parteras aquí?

MR1: *“No ya no, si hay una en la clínica, pero ya son señoritas, señoras pues, pero creo que ya no atienden igual como le atendíanos antes con las parteras, yo eso digo porque pues, yo tengo dos muchachas, dos mujeres pues, ya se casaron pero a las dos les hicieron cesáreas, su mama de ella (señalando a la niña que tenía a un lado) le hicieron cesárea con ella y con el niño, la otra muchacha también se me caso, también le hicieron cesárea, y no yo... yo tuve tres, pero yo puro normal, aquí aquí yo casi no fui a Pátzcuaro”*

Investigadora: ¿Sus hijos fueron planeados, porque usted quiso?

MR1: *“Sí”*

Investigadora: ¿Qué edad tienen sus hijos actualmente?

MR1: *“Ammm... (pensativa), ya pus la grande lleva ya 32, la mamá de esta muchachita (señalando a la nieta) y la otra lleva... lleva mmmm 29 y el muchacho lleva 27, 26 porque el muchacho se lleva tres años con la muchacha la otra”*

Investigadora: ¿Usted a sus hijos les dio pecho, los lactó?

MR1: *“Sí, les di pecho”*

Investigadora: ¿Cuánto tiempo lactó a cada uno?

MR1: *“A pus nomas yo les casi como un año”*

Investigadora: ¿A cada uno?

MR1: *“No, a la mamá de ella no le di mucho pecho”*

Investigadora: ¿No?, ¿por qué?

MR1: *“No porque yo salíaba a comerciar, llevaba pescado para vender, se lo dejé a mi mamá y mi mamá lo creció, y la otra ya que estaba conmigo a ésa si le di pecho, pero, tampoco no le di mucho también nada más le di como hasta seis meses nada más.”*

Investigadora: ¿Seis meses nada más?

MR1: *“Sí, porque yo salíaba a comerciar y se los dejaba a mi mamá”*

Investigadora: ¿Tuvo problemas para lactar a alguno de sus hijos?

MR1: *“No”*

Investigadora: ¿Algún problema en su pecho o algo?

MR1: *“No, no nada, nada”*

Investigadora: ¿Quién la motivó a la lactar, o quien la enseñó a lactar, que se debían de darle de comer a sus hijos, ¿quién le dijo?

MR1: *“Mi suegra (suspiro)”*

Investigadora: ¿Su suegra, ella le explico cómo?

MR1: *“Interrumpiendo... sí, sí, si pus, uno se casa sin saber uno que vamos a hacer o qué... o en qué vamos ¿cómo le dijera? (pensando) o en que nos iban a ocupar nuestros esposos, pus uno se casa con los ojos cerrados, ya cuando se va pus, ya ni modo de rechazarnos pus no “*

Investigadora: ¿Qué beneficios cree que tiene darles pecho a sus hijos? ¿En que los ayuda?

MR1: *“Pus yo nomas tomaba puro atole blanco”*

Investigadora: Aja... ¿pero a sus hijos el darle pecho para que les ayudaba, usted para que cree que les ayuda a sus hijos?

MR1: *“Pus para que crecieran”*

Investigadora: ¿Y para que más?

MR1: *“Para que se... como le digiera... (Pensando)... Mmmm para que se iba a ayudar su cuerpo”*

Investigadora: ¿Y para usted?, ¿A usted cree que le ayuda en algo darles pecho a sus hijos?

MR1: *“Pues sí, porque yo comía mucho atole, y comía pescado pues, aquí puro pescado pues, aquí nada de carne, nada de pollo puro pescado, puro pescado”*

Investigadora: ¿A usted que experiencia le dejó haberles dado pecho a sus hijos?
¿Qué sentía? ¿Bonito?

MR1: *“Sí, bonito”*

Investigadora: ¿Qué más sentía?

MR1: *“Bonito, pus uno, aunque el pecho le duele pa´ darles, si le dábamos pues, yo si les di pecho, tres tengo, no les di bibi puro pecho”*

Investigadora: ¿Qué más sintió?

MR1: No nada

Investigadora: ¿Nada más bonito?

MR1: *“Si nada más bonito”*

Investigadora: ¿Sintió que había más conexión con su hijo?

MR1: *“Sí”*

ENTREVISTA NO. 2 MUJER RURAL DE JANITZIO

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MR2: *“Yo nomás tengo uno”*

Investigadora: ¿Cómo fue su parto natural o cesárea?

MR2: *“No pus natural”*

Investigadora: ¿Durante sus embarazos tuvo control en su embarazo?

MR2: *“No”*

Investigadora: ¿Con el médico o con alguien?

MR2: *“No”*

Investigadora: ¿Sus hijos fueron planeados, o sea su hijo porque usted quiso?

MR2: *“Sí”*

Investigadora: ¿Qué edad tiene su hijo?

MR2: *“No pus ya está grande, ya tiene 26 años, 27 por ay”*

Investigadora: ¿Lactó, les dio pecho a sus hijos?

MR2: *“Ah no, no le di pecho a mi hijo”*

Investigadora: ¿Por qué?

MR2: *“Ah, pus es que no tenía leche”*

Investigadora: ¿No tenía leche?

MR2: *“No”*

Investigadora: ¿Ese fue el problema que usted tuvo?

MR2: *“Sí”*

Investigadora: ¿Usted siente algo por no haberle dado leche? ¿Siente feo?

MR2: *“Pus, aunque quisiera no se pudo, y pus teníamos que comprarle de ese de bote, leche de bote”*

ENTREVISTA NO. 3 MUJER RURAL DE JANITZIO

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MR3: *“Diez”*

Investigadora: ¿Cómo fueron todos sus partos?

MR3: *“Normales”*

Investigadora: ¿Durante su embarazo tuvo control prenatal o fue a que alguien la checara?

MR3: *“Nada”*

Investigadora: ¿Hasta que lo tenía?

MR3: Hasta que los tenía

Investigadora: ¿Todos sus hijos los planeo?

MR3: *“Sí”*

Investigadora: ¿Qué edad tienen sus hijos?

MR3: *“Uh pus ya de tantos hijos que tengo ya ni me acuerdo”*

Investigadora: ¿Lactó, les dio leche?

MR3: Sí, a todos

Investigadora: ¿Cuánto tiempo les dio aproximadamente a casa uno en promedio?

MR3: *“Mmmm... (Pensativa), como 8 meses”*

Investigadora: ¿A cada uno?

MR3: *“Sí, a cada uno”*

Investigadora: ¿Tuvo problemas para darles pecho?

MR3: *“No”*

Investigadora: ¿Quién le enseñó a lactar a darles pecho?

MR3: *“Pus... (Risas al fondo), mi madre pues ese es lo que daba, dale pecho para que no les des “teta”, porque antes no había biberón, por eso les daba puro teta”*

Investigadora: ¿Qué beneficios cree que tiene darles pecho a sus hijos? ¿En qué les ayudó?

MR3: *“Pus nomas puro alimento de comer, nada más, puro comer.”*

Investigadora: ¿Pero para sus hijos la leche en qué les ayuda, en qué les ayudó en aquellos tiempos?

MR3: *“Pus puro alimento del pecho”*

Investigadora: ¿Qué tomaba usted para que le saliera más leche?

MR3: *“Puro atole champurrado” (Se escucha un sonido de alarma).*

Investigadora: ¿Qué sentía usted que sintió usted al darle pecho a sus hijos?

MR3: *“Pus... nada”*

Investigadora: ¿No sintió nada?

MR3: *“No nada”*

Investigadora: ¿Cree que el darles leche les ayudó?

MR3: *“Sí, si a todos les di leche, éste ya cuando tenían ay como 10 meses, ya empezaba a variar comida”*

Investigadora: ¿Y qué comida les daba?

MR3: *“Pus nomas sopa, tortilla con salecito y aguita y nada más”*

ENTREVISTA NO. 4 MUJER RURAL DE JANITZIO

(Música de radio al fondo)

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MR4: *“Dos”*

Investigadora: ¿Cómo fueron sus partos?

MR4: *“Normal”*

Investigadora: ¿Durante su embarazo, tuvo control prenatal, fue con algún médico o alguien para que la estuviera checando?

MR4: *“Sí, en la clínica”*

Investigadora: ¿Sus hijos fueron planeados?

MR4: *“Sí”*

Investigadora: ¿Qué edad tienen sus hijos?

MR4: *“La mayor tiene 8 años y la chiquita tiene 3 años”*

Investigadora: ¿Les dio pecho a sus hijos?

MR4: *“Sí”*

Investigadora: ¿Cuánto tiempo le dio pecho a cada uno?

MR4: *“Este... (Pensando) año y medio”*

Investigadora: ¿A los dos?

MR4: *“A los dos”*

Investigadora: ¿Tuvo problemas para darles pecho?

MR4: *“No”*

Investigadora: ¿Quién les enseñó a lactar o quien les dijo como se hacía?

MR4: *“Este... en parte pues las enfermeras de la clínica, sí”*

Investigadora: ¿Y además a usted quien más la motivó?

MR4: *“Este... pues yo solita nada más”*

Investigadora: ¿Qué beneficios tiene para su hijo el haberle dado pecho?

MR4: *“Pues un beneficio, para que no se enfermen tanto y pues una parte para nosotros, para que no nos agarre cáncer de mama”*

Investigadora: ¿Qué sintió usted haberles dado pecho a sus hijos?

MR4: *“Pues bien, porque a la vez tiene uno el contacto y el cariño con el hijo y una mamá”*

Investigadora: ¿Cuándo les dio pecho usted tomo algo?

MR4: *“No nada, como los de aquí creen los de antes que tomara atole”*

ENTREVISTA NO. 5 MUJER RURAL DE JANITZIO

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MR5: *“Son dos cuatitas las que tengo”*

Investigadora: ¿Cómo fue su parto natural o cesárea?

MR5: *“Cesárea”*

Investigadora: ¿Entonces tuvo control prenatal?

MR5: *“Sí”*

Investigadora: ¿Aquí en la clínica?

MR5: *“Aquí y allá en Pátzcuaro”*

Investigadora: ¿Sus hijos fueron planeados?

MR5: *“Sí”*

Investigadora: ¿Qué edad tienen sus hijos?

MR5: *“Ahorita tienen 7 años”*

Investigadora: ¿A sus dos hijas les dio pecho?

MR5: *“Sí”*

Investigadora: ¿Cuánto tiempo les dio?

MR5: *“Ehhhhh... (Pensando) dos años”*

Investigadora: ¿Tuvo problemas para darles pecho?

MR5: *Ninguno*

Investigadora: ¿Quién la motivo o quien la enseñó a lactar?

MR5: *“Ehh... (Pensando), pus mi mamá”*

Investigadora: ¿Ella le dijo cómo?

MR5: *“Si ella”*

Investigadora: ¿Que beneficios cree que tiene darles pecho a sus hijos?, ¿en qué les ayuda a sus hijos?

MR5: *“Les ayudó en el crecimiento y en el fortalecimiento, que casi no se me han enfermado, a comparación de sobrinos que tengo que no se les dio y que sí son muy propensos a enfermedades”*

Investigadora: ¿Qué beneficios tiene para usted haberle dado pecho a sus hijos?

MR5: *“Pus no se... no más la satisfacción de haberles dado”*

Investigadora: ¿Usted que sintió o que sentía en el momento que le estaba dando pecho a sus hijos?

MR5: *“Pus emoción, no se felicidad de poderles dar porque pues hay muchos que no pueden darles”*

ENTREVISTA NO. 6 MUJER RURAL DE JANITZIO

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MR6: “*Dos*”

Investigadora: ¿Sus partos fueron naturales o fueron cesárea?

MR6: Fue uno parto normal y el otro fue cesárea

Investigadora: ¿Tuvo control prenatal de sus embarazos, fue al médico o algo?

MR6: “*Sí*”

Investigadora: ¿Fueron planeados sus hijos?

MR6: “*Sí*”

Investigadora: ¿Qué edad tienen sus hijos?

MR6: “*Mmmm... (Pensativa), una tiene, ahorita va a cumplir los 3 años y el otro apenas lleva tres meses*”

Investigadora: ¿Les dio pecho a sus hijos?

MR6: “*Sí*”

Investigadora: ¿A los dos?

MR6: “*Sí, a los dos*”

Investigadora: ¿A la más grande cuanto tiempo les dio?

MR6: A los un año con tres meses

Investigadora: ¿Y al chiquito cuantos meses tiene?

MR6: “*A penas tres meses*”

Investigadora: ¿Y les sigue dando pecho?

MR6: “*Sí*”

Investigadora: ¿Ha tenido problemas para darles pecho?

MR6: “*No ninguna*”

Investigadora: ¿Quién la enseñó o quien la motivó a lactar?

MR6: “*Mi suegra*”

Investigadora: ¿Ella le dijo como se hacía?

MR6: “*Sí*”

Investigadora: ¿Qué beneficios cree que tiene para sus hijos la leche que usted les da?

MR6: “*Pues es buena nutrición la leche materna*”

Investigadora: ¿Y para usted cree que tiene algún beneficio haberles dado?

MR6: “*Si también*”

Investigadora: ¿Qué beneficios?

MR6: *“Mmmm... (Pensando). Dicen que es para que nazcan sanamente”*

Investigadora: ¿Cuál fue la experiencia que tuvo usted al darles pecho, que sintió, o que siente actualmente darles pecho a sus hijos?

MR6: *“Mmmm... una emoción de darles, nada más es lo único que siento.”*

ENTREVISTA NO. 1 MUJER URBANA DE MORELIA

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MU1: “Cinco”.

Investigadora: ¿Cómo fueron tus partos, natural o cesárea?

MU1: “Natural”

Investigadora: ¿Tuviste control prenatal en tus embarazos, chequeos médicos?

MU1: “Sí”.

Investigadora: ¿De todos?”

MU1: “Si de todos”.

Investigadora: ¿Fuiste a algún hospital?

MU1: “Al ginecólogo”

Investigadora: ¿Tus hijos fueron planeados”

MU1: “A veces”

Investigadora: ¿Cómo que a veces?

MU1: “Pues si, unos sí, unos no la mera verda”.

Investigadora: ¿Qué edad tienen tus hijos actualmente?

MU1: Pensativa... “34, 32, 25, (risa de la mujer). 24 y 18”

Investigadora: ¿Lactaste a todos tus hijos?

MU1: “Bueno, a todos intenté, pero no pude con los últimos”

Investigadora: ¿Cuánto tiempo lactaste a cada uno de tus hijos”

MU1: “Bueno... (pensativa), al mayor; le estuve dando pecho dos año; al segundo también dos años; al tercero, este (pensando), como tres meses o cuatro, porque luego ya estaba embarazada de la cuarta, y luego este... en la cuarta no le di porque se quedé internada y se me secó la leche, se quedó internada un mes, y se me secó la leche, aunque yo me la estaba este... (pensando), me la sacaba con un tira leche pero no era suficiente, y el ultimo tampoco no le di porque también se quedó internado como pasadito del mes”

Investigadora: ¿A parte de los problemas que tuviste con los dos últimos, tuviste algún problema físico para lactar?

MU1: “¿Qué me dolieran las tetas? No.

Investigadora: ¿Quién la enseñó a lactar?, ¿De dónde lo aprendiste?

MU1: *“Ay pues eso ya lo aprendimos de toda la vida, de las mamás, porque las mamás eran las que nos decían: “le tienes que dar de comer a tu criatura porque esto, porque lo otro”.”*

Investigadora: *¿Y ella te decía o ella te dijo como acomodártelo, como hacerle?*

MU1: *“Del primero sí, de los otros ya no, ya yo solita”*

Investigadora: *¿Qué beneficios crees que tiene darles pecho a tus hijos o tuvo el haberles dado pecho a tus hijos?*

MU1: *“Pues mucho porque, aparte de que te motivan a estarlos acariciando, estarlos tocando, ¡ay si bien bonito! (exclamo-*

Investigadora: *¿Pero qué beneficios para ellos?*

MU1: *“¡Ah! ¿Para ellos? pues que no se enfermaran tan seguido, que no fueran unas personas tan enfermizas en sí, fueron sanos”.*

Investigadora: *¿Y a ti crees que te ayudó en algo?*

MU1: *“Pues no subía tanto de peso (exclamó con risas), no, no subía yo tanto de peso cuando amamantaba yo a mis hijos, además, bueno se decía que cuando uno amamantaba a los hijos no salías embarazada tan rápidamente, como cuando no te cuidabas con nada ¡y sí!, bueno al menos en mi sí me surgió efecto, porque de mi hijo el mayor al segundo, yo nunca tomé nada en los dos años ni me cuidé con nada, en los dos años que estuve amamantándolo no me cuidé con nada y le quite el pecho y al mes siguiente me embaracé, y del segundo al tercero ya usé el dispositivo”.*

Investigadora: *¿Cuál fue la experiencia, como lo sentiste o que sentías al momento de que le dabas pecho a cada uno de tus hijos?, ¿Fue igual para cada uno o fue diferente?*

MU1: *“Mmm... (pensativa), no pues fue igual, porque pues finalmente la ternura, la que te inspira el bebé, yo sentía bonito darles de comer, y cada de que me los pegaba este... pues no sentía bonito, bueno en los tres últimos por decir en el caso del tercero, al tercero sí le di también, pero también poquito porque ya estaba embarazada de la otra niña, pero de alguna manera lo disfruté porque fueron tres meses le di y pus sí de alguna manera sentí la misma emoción, sentí mal cuando a la cuarta no le di nada porque ella se quedó internada más del mes aunque yo iba a la clínica a darle de comer porque sí me decía el médico que fuera para que me la pegara, para que no se me secase la leche pero aun así no fue suficiente de todas maneras, pero claro yo aprovechaba los momentos que tenía*

para con ella, para acercármela pues, pero era bonito, era bonito, son emociones mmm... (pensativa), de algunas igual, de otras es diferente pero, sí, finalmente y en el último ese si no pude darle nada porque ahí si no podía entrar a darle yo solo de vez en cuando ¡ay no! Si me deprimía mucho por no haberle dado”.

ENTREVISTA NO. 2 MUJER URBANA DE MORELIA

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MU2: *“Cuatro”*.

Investigadora: ¿Cómo fueron tus partos, natural o cesárea?

MU2: *“El primero fue cesárea, el segundo y el tercero fueron parto natural y la últimacesárea nuevamente”*.

Investigadora: ¿Tuviste control prenatal en tus embarazos, chequeos médicos?

MU2: *“Sí”*.

Investigadora: ¿De todos?

MU2: *“Si de todos”*.

Investigadora: ¿Fuiste a algún hospital?

MU2: *“Sí, de la primera al ginecólogo en particular y de los últimos tres controles en el Seguro Social”*

Investigadora: ¿Tus hijos fueron planeados?

MU2: *“No”*

Investigadora: ¿Qué edad tienen tus hijos actualmente?

MU2: *“La más grande tiene 16, luego 12, 8 y la más pequeña 4”*

Investigadora: ¿Lactaste a todos tus hijos?

MU2: *“No”*.

Investigadora: ¿Cuánto tiempo lactaste a cada uno de tus hijos?

MU2: *“No, bueno a la más grande le di 3 meses, al que le sigue dos, y a las ultimas ya no les di”*

Investigadora: ¿A parte de los problemas que tuviste con los dos últimos, tuviste algún problema físico para lactar?

MU2: *“Si me dolían los pechos muy feo, por eso dejaba de lactar”*

Investigadora: ¿Quién la enseñó a lactar?

MU2: *“Mi mamá de la primera, y ya después en el seguro, en las pláticas las enfermeras nos decían cómo hacerle”*

Investigadora: ¿Qué beneficios crees que tiene darles pecho a tus hijos o tuvo el haberles dado pecho a tus hijos?

MU2: *“Pues para que no se enfermen tanto”*

Investigadora: ¿Y a ti crees que te ayudó en algo?

MU2: *“Pues las enfermeras en las pláticas nos comentaban que nos ayudaba a prevenir el cáncer de mama”.*

Investigadora: ¿Cuál fue la experiencia, cómo lo sentiste o que sentías al momento de que le dabas pecho a cada uno de tus hijos?

MU2: *“La verdad fue una experiencia que no me gustó mucho, en la primera me lastimaba mucho y me dolía, en el segundo igual y ya de las últimas debido a como me dolió con los pasados, ya no les di”*

ENTREVISTA NO. 3 MUJER URBANA DE MORELIA

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MU3: *Uno*.

Investigadora: ¿Cómo fueron sus partos, natural o cesaría?

MU3: *“Fue cesaría”*.

Investigadora: ¿Tuviste control prenatal en tu embarazo, chequeos médicos?

MU3: *“Sí”*.

Investigadora: ¿Fuiste a algún hospital?

MU3: *“Sí, al ginecólogo mes con mes”*

Investigadora: ¿Tu hijo fue planeado?

MU3: *“Sí”*

Investigadora: ¿Qué edad tienen tu hijo actualmente?

MU3: *“Actualmente tiene 8 años”*

Investigadora: ¿Lactaste a tu hijo?

MU3: *“No”*.

Investigadora: ¿Por qué?

MU3: *“Porque mi leche le causaba daño, le causaba mucho reflujo, al parecer entendí que mi Leche era demasiada ácida o algo así y no le caía a la niña, se ponía muy mal después de que le daba de comer”*

Investigadora: ¿A parte de los problemas que tuviste. Tuviste algún problema físico para lactar?

MU3: *“Sí, me dolían los pechos al lactar, sentían que la niña me mordía a pesar de no tener dientes”*

Investigadora: ¿Quién la enseñó a lactar?

MU3: *“Mi mamá, ella me decía como hacerle, además de los consejos de mi tía y hermana que ya habían tenido hijos”*

Investigadora: ¿Qué beneficios crees que tiene darles pecho a tus hijos o tuvo el haberles dado pecho a tus hijos?

MU3: *“Pues les ayuda al crecimiento adecuado y para que no se enfermen con demasiada frecuencia”*

Investigadora: ¿Y a ti crees que te ayudó en algo?

MU3: *“Pues de cierta manera sí, el ginecólogo me comentó que sirve para prevenir cáncer de mama”*.

Investigadora: ¿Cuál fue la experiencia, como lo sentiste o que sentías al momento de que le dabas pecho a tu hija?

MU3: *“Pues la experiencia no fue muy buena, aunque la leche de uno es lo mejor para nuestros hijos, pero al ver que mi leche le causaba cierto daño no me gustó el haberle dado porque veía cómo se ponía mi bebé debido a que mi leche no fue la adecuada para ella”.*

ENTREVISTA NO. 4 MUJER URBANA DE MORELIA

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MU4: *“Uno”*.

Investigadora: ¿Cómo fueron tu parto, natural o cesárea?

MU4: *“Fue natural”*.

Investigadora: ¿Tuviste control prenatal en tu embarazo, chequeos médicos?

MU4: *“Sí”*.

Investigadora: ¿Fuiste a algún hospital?

MU4: *“No iba al consultorio del ginecólogo”*

Investigadora: ¿Tus hijos fueron planeados?

MU4: *“No porque pues realmente me embarace sin planearlo”*

Investigadora: ¿Qué edad tiene tu hijo actualmente?

MU4: *“Actualmente tiene 12 años, amm si 12 ya va en la secundaria en primer año”*

Investigadora: ¿Lactaste a tu hijo?

MU4: *“Sí”*.

Investigadora: ¿Cuánto tiempo lactaste a tu hijo?

MU4: *“Le di aproximadamente tres meses únicamente”*

Investigadora: ¿Tuviste algún problema físico para lactar?

MU4: *“Me molestaba un poco en los pechos”*

Investigadora: ¿Quién le enseñó a lactar?

MU4: *“Mi suegra”*

Investigadora: ¿Qué beneficios crees que tiene darle pecho a tu hijo o tuvo el haberle dado pecho a tu hijo?

MU4: *“El poco tiempo que le di no se enfermó y ese tiempo sentí que creció demasiado rápido”*

Investigadora: ¿Y a ti crees que te ayudó en algo?

MU4: *“Realmente no se”*

Investigadora: ¿Cuál fue la experiencia, como lo sentiste o que sentías al momento de que le dabas pecho a tu hijo?

MU4: *“Sentía bonito, pero de cierta manera siento que no experimente o no aproveche de una manera más consiente debido a la edad a la que tuve al niño, estaba muy chica y apenas entendía todo realmente”.*

ENTREVISTA NO. 5 MUJER URBANA DE MORELIA

Investigadora: ¿Cuántos hijos tiene?

MU5: *“Uno”.*

Investigadora: ¿Cómo fueron tus partos, natural o cesaría?

MU5: *“Fue parto normal”.*

Investigadora: ¿Tuviste control prenatal en tus embarazos, chequeos médicos?

MU5: *“Sí”.*

Investigadora: ¿Tu hijo fue planeado?

MU5: *“Sí”*

Investigadora: ¿Qué edad tienen tu hijo actualmente?

MU5: *“Tiene 8 años”*

Investigadora: ¿Lactaste?

MU5: *“Sí”.*

Investigadora: ¿Cuánto tiempo lactaste a tu hijo?

MU5: *“Le di aproximadamente como 6 meses, pero lo mezclaba con leche de fórmula”*

Investigadora: ¿Tuviste algún problema físico para lactar?

MU5: *“No, ningún problema”*

Investigadora: ¿Quién la enseñó a lactar?

MU5: *“Mi mamá y mi suegra”*

Investigadora: ¿Qué beneficios crees que tiene darles pecho a tus hijos o tuvo el haberles dado pecho a tus hijos?

MU5: *“Pues el pediatra, nos comentó a parte de los beneficios físicos que tiene para el niño que creciera que no se enferme demasiado, mencionaba que era importante darle pecho porque se fomentaba cierta como conexión emocional con el niño”*

Investigadora: ¿Y a ti crees que te ayudó en algo?

MU5: *“Es como un método preventivo para el cáncer de mama”.*

Investigadora: ¿Cuál fue la experiencia, como lo sentiste o que sentías al momento de que le dabas pecho a tu hijo?

MU5: *“La verdad que si sentí esa conexión o ese vínculo que me mencionaba él pediatra, porque a mí el poco tiempo que le dime sentía feliz, y el contacto que tenía con él me hacía sentir tranquila porque sabía que lo estaba cuidando directamente que mi hijo se veía tranquilo en mis brazos y además pues sí, sí fue algo bonito, es*

algo que solo tienes la oportunidad de cómo madre hacerlo, ya que es algo único entre él bebé y la mamá y pues a pesar de que su papá le daba de comer, siento que no es lo mismo, esa conexión es única entre los dos”.